

# **Kvinnors upplevelser av mötet med vård- personalen i samband med avbrytandet av en graviditet**

Katarina Skogster

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Barnmorska/ Vård
Identifikationsnummer:	8024
Författare:	Katarina Skogster
Arbetets namn:	Kvinnornas upplevelser av mötet med vårdpersonalen i samband med avbrytandet av en graviditet
Handledare (Arcada):	Pirjo Väyrynen
Uppdragsgivare:	Kvinnoprojektet
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet i examensarbetet är att få en djupare förståelse om hur kvinnan som genomgår ett avbrytande av en graviditet känner sig bli bemött av vårdpersonalen. Ämnet granskas ur kvinnans synvinkel. Patientgruppen avgränsas till de kvinnor som avbryter graviditeten före graviditetsvecka 12 p.g.a. sociala skäl. Frågeställningarna i arbetet är: "Hur upplever kvinnan att hon blir bemött av vårdpersonalen vid avbrytandet av en graviditet?" och "Hur upplever kvinnan att den yrkesbundna reflekterade omsorgen kommer fram i vården?" Som teoretisk referensram i arbetet används Anneli Sarivmäkis och Bettina Stenbock-Hults teori om den yrkesbundna reflekterade omsorgen. De 12 tidigare forskningarna innefattar forskningar som är relevanta för undersökningens tema, alltså de som på något sätt behandlade abortpatienters upplevelser av vården, men det finns också med några forskningar gjorda ur vårdarens synvinkel, då det inte finns så mycket forskning gjord ur patientsynvinkel. Som datainsamlingsmetod användes ett öppet frågeformulär på ett internetdiskussionsforum riktat till kvinnor som har genomgått ett avbrytande av en graviditet. 12 kvinnor svarade på frågorna. Kvinnorna bemöttes för det mesta bra och professionellt. Några upplevde dock negativt och kallt bemötande. Detta överensstämmer med de tidigare forskningarna där vårdarna uppfattades på två sätt; som goda, stödgivande och empatiska eller som skuldsättande, negativa och kalla. Kvinnorna upplevde det som viktigt att vårdarna kunde se saken ur kvinnans synvinkel. Det kom fram i både de tidigare forskningarna och i denna studie att det skulle vara viktigt för kvinnorna att få diskutera med en yrkesmänniska både före och efter avbrytandet av graviditeten om orsakerna och de egna känslorna kring aborten. Flera av kvinnorna i studien hade träffat på hälsovårdare som de hade fått stöd och hjälp av före avbrytandet av graviditeten, men eftervården tyckte många av kvinnorna att blev bristfällig och flera av kvinnorna visste inte ens vart de skulle ta kontakt ifall de ville diskutera. Kvinnorna upplevde också att de behövde mer information om de fysiska och psykiska följderna av avbrytandet av graviditeten, t.ex. vad som är normalt i blödningsmängd.</p>	
Nyckelord:	avbrytandet av graviditet, abort, bemötande
Sidantal:	62
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	5.10.2010

DEGREE THESIS	
Arcada	
Training:	Midwifery/ Nursing
Identification numbers:	8024
Author:	Katarina Skogster
Name of work:	How women are treated in connection with an abortion (Kvinnors upplevelser av mötet med vårdpersonalen i samband med avbrytandet av en graviditet)
Supervisor (Arcada):	Pirjo Väyrynen
Client:	Women's Project
<p>Conclusion:</p> <p>The aim of the project is to gain a deeper understanding of how the women who undergo an abortion experiences the personnel at the hospital treats her. The subject is examined from a woman's point of view. The patient group is limited to those women who terminate their pregnancy before 12 weeks of pregnancy because of social reasons. The main questions are: "How does the woman feel that she is treated by the nursing staff at the termination of a pregnancy?" and "How does the woman feel that the professional bound reflected concern is seen in her care?" The theory used is Anneli Sarvimäki and Bettina Stenbock-Hult's theory of the reflected professional concern. The 12 previous researches that have been chosen are relevant to the study theme, they deal with the abortion patients' experiences of care, but there are also some researches made from the nurses' point of view, since there is not so much research done from the patient's point of view. As data collection method an open questionnaire in a forum on the Internet was used. 12 women who had had an abortion answered the questions. The women were met for the most part well and professionally. Some, however, experienced negative and cold treatment. This is consistent with previous research in which nurses are perceived in two ways: as good, giving and empathic or debtgiving, negative and cold. Women felt it important that nurses could see things from a woman's point of view. It came up on both the previous researches, and in this study that it would be important for women to discuss with a professional, both before and after the abortion, the causes and their own feelings about the abortion. Several of the women in the study had met a nurse that they had received support and help before the abortion, but the care after the abortion many of the women found poor and many of the women did not even know where to contact if they wanted to discuss. The women also felt that they needed more information about the physical and psychological consequences of the abortion, such as what is a normal amount of bleeding.</p>	
Keywords:	interruption of pregnancy, abortion, treatment
Number of pages:	62
Language:	Swedish
Date of approval:	5.10.2010

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Kätilö/ Hoitotyö
Tunnistenumero:	8024
Tekijä:	Katarina Skogster
Työn nimi:	Naisten kokemuksia hoitohenkilökunnan kohtaamisesta raskauden keskeyttämisen yhteydessä (Kvinnors upplevelser av mötet med vårdpersonalen i samband med avbrytandet av en graviditet)
Työn ohjaaja (Arcada):	Pirjo Väyrynen
Toimeksiantaja:	Kvinnoprojektet
<p><b>Tiivistelmä:</b></p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena on saada syvempi ymmärrys siitä, miten nainen, joka keskeyttää raskauden kokee kohtaamisen hoitohenkilökunnan kanssa. Aihetta tarkastellaan naisen näkökulmasta. Potilasryhmä on rajattu naisiin, jotka ovat keskeyttäneet raskauden ennen viikkoa 12 sosiaalisista syistä. Keskeiset kysymykset työssä ovat: "Miten nainen kokee että hoitohenkilökunta kohtelee häntä raskauden keskeytyksen yhteydessä?" ja "Miten nainen kokee ammatillisen sidotun huolenpidon heijastuvan hänen hoidossaan?" Teoreettisena viitteenä työssä käytetään Anneli Sarvimäen ja Bettina Stenbock-Hultin teoriaa ammatillisesta sidotusta huolenpidosta. 12 aikaisempaa tutkimusta jotka liittyvät tutkimuksen teemaan kertovat raskauden keskeytyksistä naisten näkökulmasta, mutta mukana on myös joitakin tutkimuksia hoitajien näkökulmasta.</p> <p>Aineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella internetin keskustelupalstalla naisille jotka ovat keskeyttäneet raskauden. 12 naista vastasi kysymyksiin. Naisia hoidettiin suurimmaksi osaksi hyvin ja ammattimaisesti. Jotkut kokivat kuitenkin negatiivista ja kylmää kohtelua. Tämä on sopusoinnussa aikaisempiin tutkimuksiin jossa hoitajat nähtiin kahdella tavalla: hyvinä, tukea antavina ja empaattisina tai syyllistävinä, negatiivisina ja kylminä. Naisten mielestä oli tärkeää että hoitajat voisivat nähdä asiat naisen näkökulmasta. Sekä aikaisemmissa tutkimuksissa että tässä tutkimuksessa tuli esiin että olisi tärkeää, että naiset saisivat keskustella ammattilaisen kanssa sekä ennen että jälkeen raskauden keskeyttämisen, sen syistä ja ympäröivistä tunteista. Monet tutkimukseen osallistuneet naiset olivat tavanneet hoitajia jolta olivat saaneet tukea ennen raskauden keskeyttämistä, mutta tämän jälkeen monet naiset jäivät yksin, eivätkä edes tienneet, minne ottaa yhteyttä jos he halusivat keskustella. Naiset myös kokivat tarvitsevansa lisää tietoa fyysisistä ja psyykkisistä seurauksista raskauden keskeyttämisestä kuten mikä on yleensä normaali määrä verenvuotoa.</p>	
Avainsanat:	raskaudenkeskeytys, abortti, kohtaaminen
Sivumäärä:	62
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	5.10.2010

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1</b>	<b>Definitioner .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2</b>	<b>Metoder för avbrytande av graviditet .....</b>	<b>2</b>
1.2.1	Medicinsk abort .....	3
1.2.2	Kirurgisk abort .....	4
<b>1.3</b>	<b>Lagstiftning.....</b>	<b>4</b>
<b>1.4</b>	<b>Statistik .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>LITTERATURÖVERSIKT .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1</b>	<b>Resultat av litteratursökning .....</b>	<b>11</b>
2.1.1	Stöd och empati .....	11
2.1.2	Diskussion med yrkesmänniska .....	13
2.1.3	Handledning .....	14
2.1.4	Vårdarens attityd påverkar vården.....	15
2.1.5	Mötet med läkaren .....	17
2.1.6	Framtiden .....	18
2.1.7	Ambivalenta känslor.....	18
2.1.8	Beslutet .....	19
2.1.9	Smärtan .....	20
2.1.10	Skulden påverkar vårdupplevelsen.....	20
2.1.11	Kritik mot abortlagen.....	21
2.1.12	Intimiteten och tryggheten .....	22
2.1.13	Socialt stöd.....	23
2.1.14	Information.....	24
2.1.15	Preventivrådgivning.....	25
<b>2.2</b>	<b>Summering av litteraturen.....</b>	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>TEORETISK REFERENS RAM .....</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH PROBLEMAVGRÄNSNING .....</b>	<b>31</b>
<b>4.1</b>	<b>Studiens syfte .....</b>	<b>31</b>
<b>4.2</b>	<b>Forskningsfrågorna .....</b>	<b>31</b>
<b>4.3</b>	<b>Problemaavgränsning .....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>DESIGN .....</b>	<b>33</b>

<b>6</b>	<b>METOD .....</b>	<b>35</b>
<b>6.1</b>	<b>Datainsamlingsmetod .....</b>	<b>35</b>
<b>6.2</b>	<b>Dataanalysmetod .....</b>	<b>36</b>
<b>7</b>	<b>ETISKA REFLEKTIONER .....</b>	<b>40</b>
<b>8</b>	<b>RESULTATREDOVISNING .....</b>	<b>42</b>
<b>8.1</b>	<b>Det som påverkade vårdupplevelsen .....</b>	<b>43</b>
8.1.1	Barnmorskans professionalitet .....	43
8.1.2	Kallt bemötande .....	44
8.1.3	Det egna beslutet .....	44
8.1.4	Åldern .....	44
8.1.5	Det sociala stödet.....	45
8.1.6	Smärtorna .....	46
<b>8.2</b>	<b>Vårdarens uppgifter .....</b>	<b>47</b>
8.2.1	Diskussion.....	47
8.2.2	Eftervården.....	47
8.2.3	Information.....	48
8.2.4	Emotionella delen.....	49
8.2.5	Preventivrådgivningen .....	49
<b>8.3</b>	<b>Intimiteten och rätten till det privata .....</b>	<b>49</b>
8.3.1	Respekt för intimiteten.....	50
8.3.2	Kränkande av intimiteten .....	51
<b>8.4</b>	<b>Möten på de olika vårdenheterna .....</b>	<b>52</b>
8.4.1	Hälsovårdscentralen/rådgivningen .....	52
8.4.1.1	Mötet med hälsovårdaren .....	52
8.4.1.2	Mötet med läkaren .....	53
8.2.2.3	Mötet med receptionisten .....	54
8.4.2	Gynekologiska polikliniken .....	54
8.4.2.1	Mötet med barnmorskan .....	54
8.4.2.2	Mötet med läkaren .....	55
8.4.3	Studerandes närvaro .....	55
<b>9</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>56</b>
<b>10</b>	<b>KRITISK GRANSKNING.....</b>	<b>60</b>

## **KÄLLOR**

## **BILAGOR**

Bilaga 1: Brevet åt diskussionsforumets uppehållare

Bilaga 2: Brevet diskussionsforumets användare

Bilaga 3: Frågorna





# 1 INLEDNING

Det finns i Finland bara få undersökningar om hur patienterna upplever abortprocessen och om de får tillräckligt med stöd i de olika skedena av processen, två av dessa är licentiatarbeten och ett är en pro gradu, som jag har använt som källor i mitt arbete. Avbrytandet av en graviditet är ett sådant ämne som ännu också är så tabu att man ogärna delar med sig sina upplevelser eller berättar om dem till utomstående. Därför är det alltså svårt att bedöma hur de patienter som avbryter en graviditet upplever sig bli bemötta.

Ämnet intresserade mig från ett yrkesperspektiv då jag har träffat på kvinnor som genomgår eller har genomgått ett avbrytande av en graviditet i praktiken och märkt att dessa kvinnor ofta blir mycket ensamma med sin sak och vårdarna kanske inte har vilja eller kunskap att diskutera med kvinnorna om deras känslor och orsaker kring beslutet. Det var alltså klart från början att jag ville se hur kvinnorna själv upplever att vårdarna bemöter dem.

Jag anser också att det är viktigt att dessa kvinnor får sin röst hörd, att de får berätta sina egna historier och att vi på detta sätt kan få en bättre bild av vården av kvinnor som avbryter en graviditet och om vad kvinnor förväntar sig av vårdaren.

## 1.1 Definitioner

Abort betyder ett av människan igångsatt avbrytande av en graviditet (abortus arte provocatus, aap) som inte överstämmer med definitionen på en förlossningen och där man vet att fostret inte dött intrauterint före ingreppet. (Käypähoito 2007) Benämningarna avbrytandet av graviditet och abort kommer att användas parallellt i texten. Då avbrytandet av graviditet är det mer vårdvetenskapliga uttrycket kommer dock större uppmärksamhet att fästas vid denna benämning.

Jag kommer i arbetet endast att tänga kvinnans upplevelse då graviditeten avbrutits av kvinnans fria vilja, missfall och upplevelser i samband med den kommer inte att behandlas. Aborten är också gjord p.g.a. sociala skäl, inte p.g.a. kvinnans hälsotillstånd eller fostrets missbildningar. Också kvinnor som avbryter sin graviditet för att de inte vill ha barn behandlas i arbetet.

Graviditetsveckorna i arbetet kommer att skrivas med H, t.ex. H9 är graviditetsvecka 9.

Informanten och patienten i studien är kvinnan som avbrutit graviditeten och dessa uttryck kommer i texten att användas parallellt.

Vårdaren är en barnmorska eller en sjukskötare, oftast en barnmorska då abort är ett sådant ämne som tangerar barnmorskans arbetsområde mest. I texten kommer benämningarna vårdare och barnmorska att användas parallellt.

## 1.2 Metoder för avbrytande av graviditet

Jag kommer i mitt arbete att granska patientupplevelserna både i samband med den medicinska och den kirurgiska aborten. Den medicinska aborten ses ibland som den ”enklare” metoden eftersom denna inte innebär någon anestesi eller något kirurgiskt ingrepp. Den medicinska aborten kräver ändå att patienten är mer aktiv i processen då kvinnan ganska långt måste uppleva den ensam, den tar längre tid och kvinnan är hela tiden medveten om vad som händer, medveten om blödningen och kramperna. Medicinska aborten kan ändå kännas som ett naturligare val då den påminner mera om ett missfall och kvinnan behöver inte vara intagen på sjukhuset då den kan göras polikliniskt.

Abortmetoden bestäms tillsammans med kvinnan då detta är möjligt. Om det inte finns kontraindikationer för någondera får hon välja mellan en medicinsk och kirurgisk metod utgående från den information hon fått.

### **1.2.1 Medicinsk abort ( <H9 (< H12))**

En medicinsk abort innebär att man tömmer livmodern med en kombination av antiprogesterin (mifepriston) och prostaglandin (misoprostol) så att graviditetsmaterialet avlägsnas genom en blödning från vagina. Mifepristonet hindrar progesteronets normala värkan på livmoderslemhinnorna och livmodermuskeln. Den gör livmodermuskeln mer utsatt för sammandragningar orsakade av prostaglandinerna. Prostaglandinet mjukar upp livmodermunnen och sammandrar livmodermuskeln. De mest effektiva sammandragningarna får man genom att ge mifepristonet 36-48 timmar före prostaglandinerna. Hos hälften av kvinnorna börjar blödningen redan efter mifepristonet före prostaglandinerna. H9 är övre gränsen till medicinsk abort. Man kan också avbryta en graviditet upp till H12, då är aborten långsammare och man måste ofta ge en ny dos av misoprostolet för att åstadkomma blödningen. Graviditetens längd och tidigare förlossningar och aborter kan försämra medicinernas funktion. Om aborten blir ofullständig genomförs en skrapning. (Käypä hoito 2007)

Man använder två mediciner. På första besöket till polikliniken ges mifepriston per os som påbörjar aborteringen av fostret. Mifepriston kan orsaka skador till fostret så efter detta skall man inte ångra aborten. Medicinen kan orsaka menstruationsliknande nedrebuksmärtor, liten blödning, illamående och huvudvärk. 1-3 dagar senare är nästa besök till polikliniken då medicinen misoprostol ges intravaginalt i botten på slidan. Patientens välmående uppföljs på sjukhuset minst 3 timmar och oftast börjar graviditetsmaterialet födas under denna tid. Patienten får enligt behov smärtlindring. Den blodiga flytningen fortsätter efter detta i ungefär två veckor, ibland också längre. På grund av infektionsrisken borde man inte använda tampong, simma, bada badkar eller ha samlag utan kondom under denna tid. Menstruationen börjar normalt 4-7 veckor efter aborten. Eftergranskningen är efter 2-3 veckor och denna är nödvändig för att man ska kunna försäkra sig om att graviditeten är avbruten. Före eftergranskningen tar man blodprov och granskar halten graviditetshormon i blodet. (HYKS Naistensairaala 2008: patientinformation)

### 1.2.2 Kirurgisk abort (<H12)

Den kirurgisk aborten görs genom vacuumaspiration under anestesi. Man tömmer kirurgiskt livmodern genom att suga ut graviditetsmaterialet. Då man gör en vacuumaspiration är graviditetens längd under 12 veckor. I samband med en vacuumaspiration måste man utvidga livmodermunnen med instrument. Om kvinnan inte har tidigare förlossningar eller om längden på graviditeten hos en kvinna som har fött tidigare är över 10 veckor mjuknar man upp livmodermunnen med prostaglandin (misoprostol, Cytotec 200µg, 2 tabl.) som patienten tar per os klockan 20-22 kvällen före ingreppet. Efter detta ska man inte avbryta aborten eftersom prostaglandinet kan orsaka skador till fostret. Patienten kan uppleva menstruationsliknande smärtor, illamående och blodiga flytningar. Om patienten mår bra efter ingreppet är det möjligt att få fara hem samma dag. Efterblödningen pågår i 3-10 dygn efter ingreppet. Eftergranskningen sker efter 2-3 veckor där man granskar att aborten varit fullständig. (HYKS Naistensairaala 2008: patientinformation)

### 1.3 Lagstiftning

Abortlagen i Finland är ursprungligen från år 1970 och det har gjorts vissa ändringar till den år 1979. Enligt lagen kan en läkare ge lov till en abort om graviditetens längd är högst 12+0 veckor och patienten är under 17 eller över 40 år eller har fött fyra barn. Två läkares lov behövs till avbrytandet av graviditeten om graviditetens längd är högst 12+0 veckor och att föda barnet skulle vara för patienten en märkbar ansträngning, graviditeten är en följd av en våldtäkt eller mammans eller pappans sjukdom begränsar grovt deras förmåga att ta hand om barnet. Med två läkares lov får man avbryta en graviditet oberoende av graviditetens längd om en fortsatt graviditet är en fara för patientens liv eller hälsa. Valvira (sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus) ger lov för avbrytandet av graviditeter där läkarens beslut har varit negativt och vilkas längd är 12+1-20+0 veckor och att föda och vårda barnet skulle vara för patienten en märkbar ansträngning, graviditeten är en följd av våldtäkt eller mammans eller pappans sjukdom begränsar grovt deras förmåga att ta hand om barnet. Då graviditetens längd är högst 20+0 veckor och det finns skäl att misstänka svår sjukdom eller skada hos fostret eller då graviditetens längd är högst 24+0 veckor och det har med en pålitlig undersökning påvisats en svår sjukdom eller skada hos fostret kan man också med lov från Valvira (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus) få avbryta graviditeten. (Käypä hoito 2007)

## 1.4 Statistik

I världen görs årligen 27 miljoner lagliga och 20 miljoner olagliga aborter. I Finland förhåller man sig ganska godkännande till abort och också abortlagstifningen visar detta. Det finns många länder i världen där aborterna är förbjudna. (Käypähoito 2007)

Abortstatistiken görs per tusen fertila kvinnor (15-49 åringar). I Finland görs det internationellt sett lite aborter. År 2008 gjordes det 8,9 aborter per 1000 fertila kvinnor, alltsomallt gjordes 10 423 aborter. Sociala indikationer är den överlägset största orsaken till aborter, 91%. Andra vanliga orsaker är under 17 års ålder (4,8%), över 40 års ålder (3,8%) och att ha fött 4 barn (2,0%). Fosterskada var orsaken till 2,8% av aborterna. 92,8% av aborterna gjordes före vecka 12, 59,6% före vecka 7. (Institutionen för hälsa och välfärd 2009)

Hälften av kvinnorna som avbröt graviditeten hade ingen tidigare förlossning bakom sig, 36% hade en eller två tidigare förlossningar. 35,2 % av aborterna gjordes åt kvinnor som hade avbrytit också åtminstone en tidigare graviditet. (Institutionen för hälsa och välfärd 2009)

62,9% av kvinnorna sade sig ha använt någon form av preventivmedel då de blev gravida. (Institutionen för hälsa och välfärd 2009)

Den vanligaste metoden för avbrytandet av graviditeten var den medicinska aborten, år 2008 69,5% avbröts medicinskt. (Institutionen för hälsa och välfärd 2009)

## 2 LITTERATURÖVERSIKT

Litteratur har sökts på internet i elektroniska databaser samt manuellt på biblioteket Terkko och Arcadas bibliotek. Litteratursökningen gjordes i april-maj 2009. Databaserna som användes var: Ovid, Academic Search Elite EBSCO och Medic. Sökord var bland annat: abort\*, termination of pregnancy, nurs\*, staff\*, support\*, attitude\*, counsel\* och raskaudenkeskeyty\*. Sökorden användes på engelska, finska och svenska i olika kombinationer. Artiklarna som hittades är skrivna år 1990-2008.

Av artiklarna valdes de som var relevanta för undersökningens tema, alltså de som på något sätt behandlade abortpatienters upplevelser av vården, men det finns också med några forskningar gjorda från vårdarens synvinkel, då det inte finns så mycket forskning gjord ur patientvinkel. Helst valdes nya källor eftersom attityder mot avbrytandet av graviditeter hela tiden ändras och man blir mer godkännande till det. Man pratar också mer öppet om det än tidigare. Tyngdpunkten i artiklarna ligger i vårdvetenskapen men också medicinska och psykologiska forskningar användes. Forskningar som används är gjorda i kulturer som är tillämpbara i vårt land.

Vårdvetenskaplig litteratur som handlade just om mitt ämne var svår att hitta. Det finns mycket information om abort, abortmetoder och forskningar gjorda ur medicinsk synvinkel, men det finns bara lite om hur patienterna upplever sej bli bemötta av vårdpersonalen. I Finland har gjorts i Kuopion yliopisto år 1998 två licentiatarbeten som behandlar abortpatienternas syn på vården och i Oulun yliopisto år 2004 gjordes en pro gradu som behandlar abortpatienters vårdupplevelser. Jag har valt att använda dessa som källor till mitt arbete.

I tabellen nedan kommer forskningsartiklarna att presenteras så att det mest centrala i forskningarna kommer fram.

Tabell 1. De centrala resultaten av litteratursökningen

Data: Titel, författare, land, år, sökrobot, sökord	Frågeställning	Metod	Informatör	Resultat
Titel: Nurses' attitudes towards termination of pregnancy Författare: Marshall, Sara; Gould, Dinah & Roberts, Julia England 1994 Sökrobot: EBSCO Sökord: abort* or pregnancy terminat* or termination of pregnanc*	Hurdana vårdarnas attityder mot abortpatienter är och vad som påverkar attityderna.	Ett frågeformulär som mätte hur positivt och hur negativt vårdarna förhöll sig till abort.	84 vårdare, största delen av samplet var ogifta vita kvinnor i åldern 22-30 år med sjukskötar-kompetens.	Största delen av samplet (60,7%) var mer positivt än negativt inställda och 21% var mer negativt än positivt inställda.
Titel: Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective Författare: Aléx, Lena & Hammarström, Anne Sverige 2004 Sökrobot: EBSCO Sökord: abort* or pregnancy terminat* or termination of pregnanc*	Hur aborten upplevts, hur beslutet gjorts, hurdana attityderna mot aborten varit och hur vårdpersonalens attityder upplevts.	Intervju en månad efter aborten.	5 kvinnor intervjuades, sammanlagt 7 aborter.	I beslutsprocessen varierande känslor från chock till glädje. I abort-situationen; kände att vårdarna ignorerade eller inte förstod den psykiska upplevelsen, vissa upplevde stöd av vårdpersonalen.
Titel: Between Professional Duty and Ethical Confusion: Midwives and selective termination of pregnancy. Författare: Cignacco, Eva Sweitz 2002 Sökrobot: EBSCO Sökord: abort* or pregnancy terminat*	Barnmorskors perspektiv på aborter som görs p.g.a. barnet är missbildat.	Intervju med barnmorskor på Berne University Hospital Maternity Ward som sköter både förlossningar och aborter.	13 barnmorskor	Barnmorskorna led av en tung emotionell börda, innefattande sorg, ilska, hjälplöshet och motstridiga känslor. Mest kände barnmorskorna obehag för att utföra aborten. Barnmorskorna tycker ändå att det är viktigt att de har

or termination of pregnanc*				en del i abortprocessen, eftersom denna hör till mödravården.
Titel: Raskaudenkeskeytys- asiakkaiden hoito- kokemuksia, pro gradu Författare: Rainto, Satu Finland 2004 Sökrobot: Medic Sökord: raskaudenkeskeyty*	Hurdan är vårdupplevelsen hos de kvinnor som genomgått en medicinsk abort på en gynekologisk poliklinik.	Öppen intervju om kvinnornas upplevelser.	3 kvinnor som genomgått en medicinsk abort. Kvinnorna var 20-21 år gamla och både graviditeten och aborten var den första för alla.	Resultaten visar att vårdupplevelsen beror på: 1) sociala omgivningen, 2) beslutet om aborten, 3) de fysiska symtomen och 4) vården
Titel: Naisten kokemus- kertomukset kriittisenä tietona abortista Författare: Tuomaala, Salome Finland 2008 Sökrobot: Medic Sökord: abort*	Granskar problemen med abortlagen och hur kvinnorna känner sej bli hörda och förstådda då de kommer till läkaren för en remiss till aborten.	Temaintervju, det tema som tas upp här är mötet med sjukhuspersonalen.	40 kvinnor från olika håll i Finland, av många åldrar som har genomgått aborter i olika livsskeden.	Det fanns kvinnor som upplevde att läkaren hade för mycket moralisk predikan om aborten och så fanns de kvinnor som upplevde att de inte fick prata med läkaren tillräckligt. Också abortlagen fick kritik, både av forskaren och av de kvinnor som deltog i studien.
Titel: Raskauden- keskeytysprosessi asiakkaiden arvioimana. Pro gradu. Författare: Poikajärvi, Kristiina Finland 1998 Sökrobot: Medic Sökord: raskaudenkeskeyty*	Syftet med forskningen var att granska hur hälsovårdssystemet fungerar ur abortpatienternas synvinkel och vid behov visa sådant som behöver förbättras. Patienterna genomgår en kirurgisk abort.	Intervju om kvinnornas egna upplevelser och beskrivningar av det som hänt.	20 kvinnor har sociala grunder som orsak till aborten, graviditeten är till längden under 12 veckor.	Vårdprocessen har för många skeden, den är invecklad och för långsam. Patienterna önskar mera diskussion med en yrkesmänniska i de olika skedena av processen. Också det att stödpersonen inte fick vara med fick kritik. Fick ändå tillräcklig med information av personalen.
Titel: The emotional	Syftet var att forska	Intervju	12 vårdare på	Studien visar att det



work of caring Författare: Mcqueen, Anne Scotland 1997 Sökrobot: Ovid Sökord: abort* or termination of pregnancy and nurs* or staff* and support* or attitude* or counsel*	den emotionella delen i en vårdrelation på en gynekologisk avdelning.		en gynekologisk avdelning i Scotland.	är viktigt att vårdarna bryr sig och att det emotionella arbetet är en stor del av den gynekologiska vården. Här är det viktigt att vara emotionellt engagerad i sitt arbete.
Titel: . Raskaudenkeskeytys naisen kokemana. Lisensiatarbete. Författare: Pietarinen, Riikka Finland 1998 Sökrobot: Medic Sökord: raskaudenkeskeyty*	Syftet med forskningen är att se hur kvinnorna upplever avbrytandet av graviditeten.	Intervju	11 informanter, en månad efter aborten, 16-42 år, olika livssituationer, kirurgisk abort.	Kvinnorna upplever aborten individuellt, den påverkar det förflutna, nuet och framtiden. Vårdaren måste uppmärksamma kvinnan så att hon känner sig accepterad och respekterad.
Titel: The effect of patient-centred contraceptive counseling in women who undergo a voluntary termination of pregnancy. Författare: Nobili mfl. Italien 2006 Sökrobot: Ovid Sökord: abort* or termination of pregnancy and nurs* or staff* and support* or attitude* or counsel*	Syftet var att forska om en preventivrådgivning utförd av en gynekolog och psykolog ökar användningen av preventivmedel hos kvinnor som genomgår en abort.	En jämförelse av en experimentgrupp som får preventivrådgivning en vecka före aborten och en kontrollgrupp som inte fick det.	41 kvinnor delade i två grupper.	Studien visade att kunskapen om preventiv och användning av preventivmedel en månad efter aborten ökade tydligt i gruppen med rådgivningen och hölls på samma nivå hos kontrollgruppen. Också attityderna mot preventivmedlen blev mer positiva i experimentgruppen.
Titel: Perceived Social Support, Self-Efficacy, and Adjustment to Abortion. Författare: Major mfl.	Syftet var att forska hur stor del av kvinnorna hade socialt stöd och hur stödet hjälpte kvinnorna genom abortprocessen	Enkät.	283 kvinnor direkt efter kirurgisk abort och en månad senare.	Kvinnorna mådde psykiskt bättre om de berättade åt en närstående om aborten och fick fullt stöd av dem, då klarade de bättre

USA 1990 Sökrobot: Ovid Sökord: abort* or termination of pregnancy and nurs* or staff* and support* or attitude* or counsel*				av att handskas med aborten. De kvinnor som blev mest deprimerade var de som berättade åt närstående och inte fick deras fulla stöd.
Titel: Avoiding unwanted pregnancy – the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women Författare: Sundby mfl. 1999 Norge Sökrobot: Ovid Sökord: abort* or termination of pregnancy and nurs* or staff* and support* or attitude* or counsel*	Syftet var att granska användning av preventivmedel och attityder mot graviditet bland unga norska kvinnor.	Intervju.	36 unga kvinnor som inte ville ha barn just då. Slumpmässigt från unga kvinnor mellan 16 och 24 år som besökte någon preventiv- rådgivnings- klinik i Oslo.	Ett ökat användande av preventivmedel minskar inte oönskade graviditeterna, kvinnorna behöver mer information om rätt och konsekvent användning av dem samt hur de verkar.
Titel: Dimensions of Women's Long- Term Postabortion Experience Författare: Hess, Rosanna 2004 USA Sökrobot: Ovid Sökord: abort* or termination of pregnancy and nurs* or staff* and support* or attitude* or counsel*	Syftet var att se hur en abort påverkar kvinnans liv i framtiden.	Intervju.	17 kvinnor som genomgått en abort för minst 5 år sedan.	Aborten hämtade med sig många livsförändrande händelser i kvinnornas liv, både positiva och negativa. Kvinnorna önskade mer samtal med yrkesmänniska före aborten, där man också diskuterade hur aborten påverkar framtiden.

## **2.1 Resultat av litteratursökningen**

Resultaten av litteratursökningen kommer att presenteras nedan. De centrala områden som stiger fram i artiklarna har sammanställts och jämförts med varandra för att se hur överensstämmande resultaten av de tidigare forskningarna är. Artiklarna är lästa ur vårdvetenskaplig synvinkel, men då några av artiklarna är skrivna ur medicinsk eller psykologisk synvinkel kommer det att komma fram aspekter också från dessa ämnesområden.

### **2.1.1 Vårdaren som en källa för stöd och empati**

De intervjuade kvinnorna i Raintos undersökning upplevde att de hade fått god vård. Det viktigaste var det kunskapsmässiga, det konkreta och det emotionella stödet. Det kunskapsmässiga stödet, alltså informationen var det centrala eftersom det var en ny okänd vårdssituation för kvinnorna. Kvinnorna önskade mera kunskapsmässigt stöd. Det konkreta stödet upplevdes som bra. I den medicinska aborten föder kvinnan fostret, vilket kan vara traumatiskt, och då är det emotionella stödet speciellt viktigt. Kvinnan är på vårdenheten endast en dag och då kan det vara svårt att bedöma hur mycket stöd patienten behöver. Det viktiga är att patienten vet vart hon ska ta kontakt till vid behov. (Rainto 2004:35-36,42)

Personalens empati upplevdes som viktig. Det ansågs viktigt att vårdaren kunde sätta sig in i patientens situation. Empatin kom fram t.ex. i att vårdaren reagerade i patientens gråt genom att trösta. Många av patienterna sade sig ha en rädsla att personalen skulle bete sig dömande till dem och aborten. (Poikajärvi 1998:58)

Vårdarna reagerade till patientens ångest på många sätt. Till en kvinna som hade gråtit på morgonen före ingreppet hade en vårdare sagt ”om du har det sådär svårt kanske du borde gå hem och tänka på saken ännu”. Det skulle vara viktigt för vårdpersonalen att komma ihåg att då kvinnan är i en sådan situation är det osagda det viktigare. Kvinnan förstår alltså bättre beröring och blickar än pratet. Därför upplevs ett skuldsättande beteende ännu värre. En bra och empatisk vårdare beskrevs på följande sätt: de är trevliga och snälla, klagar och stressar inte, förstår en och lyssnar på en. Många hade också lagt märke till ögonkontakten. (Poikajärvi 1998:59-60)

I Axél & Hammarströms forskning upplevdes vårdarna på två sätt; vissa kände att vårdarna ignorerade eller inte förstod den psykiska upplevelsen, de upplevdes då kalla och negativa och fick kvinnorna att känna skuld, sorg, ensamhet och osäkerhet, men det fanns också de som upplevde vårdpersonalen stödande, positiv och informativ. En kvinna blödde mycket, men vågade inte gå till toaletten p.g.a. rädslan att svimma, hon kände att vårdaren betedde sig kallt mot henne och inte förstod henne. En annan kvinna beskrev personalen snäll och att de brydde sej. (Axél & Hammarström 2004:163)

Kvinnorna fäste också uppmärksamhet vid om vårdpersonalen betedde sig dömande. Vänligt beteende upplevdes hjälpa kvinnorna att klara sig genom aborten. Det är viktigt för vårdaren att fästa uppmärksamhet vid att kvinnorna känner sig accepterade och respekterade. (Pietarinen 1998:57)

Vårdpersonalen måste vara mer uppmärksam mot kvinnans komplexa upplevelser under beslutsprocessen, avbrytandet av graviditeten och tiden efter avbrytandet av graviditeten för att på bästa möjliga sätt kunna stöda kvinnan och ge henne styrka. (Axél & Hammarström 2004:166)

Mcqueen undersökte den emotionella delen av gynekologiska vården och bad vårdarna kategorisera sitt arbete i olika delar, ex. samarbete, administration, handledning, patientvård osv. Det emotionella fanns i alla delarna av arbetet speciellt interaktionen med patienterna och deras anhöriga. Direkta patientkontakten blir en nära relation, professionell vänskap, eftersom den gynekologiska vården berör en speciellt privat del av kroppen och då man diskuterar mycket intima saker. Då patienterna var nöjda med sin vård var vårdarna också nöjda och stolta över sitt arbete. Vårdarna funderade över sin förmåga att kunna förstå och sätta sig in i patientens situation. De förstod att patienten kan känna sig sårbar och skämmas då problemet är gynekologiskt. De förstod också att därför måste vårdaren vara speciellt stödande och vänlig i sitt sätt att bemöta patienten. För några vårdare försvårades kommunikationen med patienten då de ansåg det vara svårt att prata om gynekologiska problem. Man kunde också se vårdarnas förståelse och empati i det att de oroade sig för patientens liv utanför sjukhuset. Vissa vårdare sa att det hjälpte att själv vara kvinna, man kunde förstå problemen. Studien visar att det emotionella engagemanget är en stor del av den gynekologiska vården. (Mcqueen 1997:236-238)

### **2.1.2 Diskussion med yrkesmänniska i de olika skedena av avbrytandet av graviditeten**

Nästan alla de kvinnor Poikajärvi intervjuade hade i något skede av processen önskat få prata med någon yrkesmänniska om situationen bakom graviditeten, orsaken till avbrytandet av graviditeten och sina egna känslor omkring det. Detta förklarades med att en yrkesmänniska oftast är neutral, tar inte någon sida men kan ändå se avbrytandet av graviditeten från olika synvinklar. Att få diskutera med någon hade gjort det hela klarare. Diskussion hade också behövts för att få konkreta råd i hur man ska fortsätta med saken, för att lätta på patientens tankar och ångesten. Det finns inte någon speciell tidpunkt då stödet och diskussionen skulle vara viktigast utan den behövs i processens alla skeden. De kvinnor som inte är säkra om sitt beslut behöver mer diskussion före aborten. (Poikajärvi 1998:68-69)

Också i Hess undersökning önskade kvinnorna att de skulle få prata mera med någon yrkesmänniska före avbrytandet av graviditeten. De upplever att de behöver mer fakta-information och information om alla valmöjligheter då de tänker på att avbryta graviditen. Kvinnorna vill också ha någon som de tillsammans med sin partner kan fråga frågor av och visa sina rädslor om både graviditen och avbrytandet av denna. (Hess 2002:197)

Kvinnorna upplevde att det var svårt för dem själva att börja prata om situationen och att det borde vara vårdaren som öppnar diskussionen under vårdkontakten. Patienten känner att det är svårt att ta upp samtalsämnet ifall vårdaren börjar känna sig obekväma i situationen. I några berättelser kom det också fram att könet på den person man pratar med spelar en stor roll, patienterna önskade t.ex. oftast en kvinnlig läkare. Kvinnorna berättade att det hade hjälpt om de hade fått prata högt om sina tankar med någon professionell utan att denne ändå hade gjort beslutet för henne. (Poikajärvi 1998:72-73)

I loppet av processen måste patienterna förklara sin situation åt många olika människor, vilket i speciellt denna form av problem kändes hemskt. Patienterna önskade att det skulle kunna genomgå avbrytandet av graviditeten med mindre nya kontakter. (Poikajärvi 1998:66)

Det kommer också upp att det är viktigt att vårdare och barnmorskor diskuterar kvinnornas positiva upplevelser av att bli gravid och att vara gravid, trots att de väljer att avbryta graviditeten. (Axél & Hammarström 2004:166)

Nobili studerade om en preventivrådgivning före avbrytandet av graviditeten ökade användningen av preventivmedel efter denna. Användningen av preventivmedel ökade, men också patienternas positiva upplevelse av vården ökade. Det var viktigt för kvinnorna att de fick prata med en professionell om sina känslor och tankar, samt att någon tog i beaktande deras önskemål om preventivmedel. Vården upplevdes mer patient-centrerad och inte sjukdoms-centrerad. (Nobili et al. 2006:366)

Diskussioner och att ta i beaktande patienten blev speciellt viktigt då man väntade på ingreppet. Väntandet väckte ångest och kvinnan var ofta också smärtpåverkad då. I sådana situationer förväntade patienterna personalens omvårdnad och beaktande. Patienterna betraktade sin omgivning och vårdarnas beteende noga. De fäste uppmärksamhet speciellt i det om vårdarna bara fyller i papper eller diskuterar om annat och lämnar patienten utan uppmärksamhet. (Poikajärvi 1998:55) Också Rainto säger att kvinnorna gärna pratade med vårdaren på sjukhuset men att de gärna pratade om något annat än aborten, så att de fick annat att tänka på. (Rainto 2004:35-36)

”Ingreppen” på polikliniken kan för patienten kännas pinsamma och skrämmande. Speciellt ultraljudsundersökningen väcker starka känslor då man ser fostret i livmodern. Det här är något som kvinnan gärna pratade med någon om efter undersökningen. (Poikajärvi 1998:44-45)

Kvinnorna uppskattade om någon pratade med dem efter avbrytandet av graviditeten så att de fick gå igenom sina upplevelser. (Pietarinen 1998:53) Efter avbrytandet av graviditeten, både direkt och efter en längre tid, vill kvinnorna ha någon som lyssnar på deras historier och upplevelser utan att de känner sig dömda. Också i samband med nya graviditeter önskar kvinnorna en atmosfär där de kan berätta om sina tidigare aborter utan att känna skuld. Vårdaren kan hjälpa kvinnan sörja det förlorade barnet genom att ge dem lov och möjlighet att sörja. (Hess 2002:197)

### **2.1.3Handledning**

Kvinnorna upplevde det som viktigt att någon hela tiden berättar vad som händer och varför. De upplevde också positivt det att ingreppet, den kirurgiska aborten, beskrevs före man började. (Poikajärvi 1998:44-45)

Patienterna i Poikajärvis studie upplevde ändå bemötandet och handledningen som de fick på avdelningen mycket stelt och kallt. Det kände att de bara blev handledda till ingreppet. De förväntades t.ex. att patienterna skulle byta kläder för ingreppet men de blev inte i tillräckligt handledda till detta. Handledningen var speciellt viktig för de patienter som var första gången på sjukhus. (Poikajärvi 1998:54)

#### **2.1.4 Vårdarens attityd påverkar vården**

Då vårdarna sköter kvinnor som avbryter en graviditet kommer den ”professionella” empatin fram, det emotionella arbetet i vårdandet. Vårdarna har sina personliga synpunkter, om ett avbrytande av en graviditet skulle vara ett acceptabelt val för dem själva, men samtidigt försöker de göra sitt bästa för att vårda kvinnan, oberoende av sina egna åsikter om avbrytande av graviditet. Fastän vårdarna försöker att inte låta de egna åsikterna påverka vården kan de inte känna lika djup empati för kvinnan som för en patient där de skulle känna naturlig empati. De egna attityderna kan omedvetet påverka beteendet och vården. Djupet av empatin är viktig då man ska kunna förutspå patientens behov, märka med kroppsspråk vad patienten behöver och så att vårdaren ska kunna ”bry sig om” patienten och inte bara ”sköta om” patienten. Detta område behöver mycket emotionellt arbete och är en utmaning för vårdaren. Studien visade att vårdarna inte var dömande mot avbrytandet av en graviditet, istället ville de undvika att tänka på patientens omständigheter. Vårdarna förstod den emotionella bördan som ett avbrytande av en graviditet hämtar med sig åt en patient. (Mcqueen 1997:238)

Det hur personalen beter sej och hur de bemöter patienten speglar sig i hurdan inställning personalen har mot aborter. Patienterna i Raintos studie var stort sett nöjda med hur de hade blivit bemötta. De upplevde att vårdarna betedde sej sakligt och vänligt och de upplevde sej ha fått bra vård. (Rainto 2004:37)

Marshall mfl forskar i vad det är som påverkar vårdarnas attityd mot avbrytande av graviditet. Största delen, 60,7% var mer positivt än negativt inställda och 21% var mer negativt än positivt inställda mot abort. 15,5% hade starkt positivt attityd mot abort och 2,3% hade starkt negativ attityd mot abort. Samplet bestod av vårdare på gynekologiska, kirurgiska och inre-medicinska avdelningar. Man kunde se att de som jobbade på gynekologisk avdelning var mer negativt inställda mot att avbryta en graviditet än de som jobbade på de andra avdelningarna, detta kan ha sitt

ursprung i att de som jobbar på en gynekologisk avdelning kommer i sitt jobb i direkt kontakt med avbrytandet av graviditeter. Man kan också se att attityderna av vårdarna som jobbar på gynekologiska avdelningar blir negativare ju längre de jobbat där, studien visar att vårdare som jobbat över 6 år på en gynekologisk avdelning har starkare negativa attityder mot abort än de som jobbat där i bara 2 år. Också religionen hade betydelse, de som hade stark religiös tro hade negativare inställning mot abort, vårdarna som aktivt höll på med sin religion var mer negativt inställda mot den. I ålder, civilstånd, kön, graviditet eller utbildningsgrad sågs ingen skillnad på attityderna. Vårdstuderanden hade likadana attityder mot abort som de färdigt utbildade vårdarna, detta var motstridigt mot tidigare resultat där studerandens attityder varit mer negativa. (Marshall et al. 1994:871-873)

Längden på graviditeten påverkade vårdarnas attityd mot aborten, vårdarna såg mer negativt på att avbryta en graviditet efter H12, då fostret redan hade en mera människolik form. 83% berättade att det fanns åtminstone en situation där de godkände abort. Fara för kvinnans fysiska eller psykiska hälsotillstånd, missbildningar i fostret och våldtäkt var de situationerna som vårdarna godkände abort bäst. Också dålig social eller ekonomisk situation, preventivmedel som inte fungerat, tonårsgraviditet och psykisk sjukdom eller handikapp hos mamman nämndes som godkänd situation. 13,1 % godkände abort i alla situationer och 16,7% godkände inte abort i någon situation. Den vanligaste situationen där vårdaren inte vill delta i vården av en kvinna med ett avbrytande av en graviditet var då det aborterade fostret var över 12 veckor, det skapade en situation där vårdaren inte kände sig bekväm. (Marshall et al. 1994:574-575)

Det uppstår etiska dilemman i barnmorskans yrkesbild då barn med missbildningar aborteras. Barnmorskorna i Cignaccos studie led av en tung emotionell börda, innefattande sorg, ilska, hjälplöshet och motstridiga känslor. Mest kände barnmorskorna obehag för att utföra aborten. Obehaget tänktes bero på den så korta vårdrelationen med föräldrarna, de hade inte fått delta i beslutsprocessen och kände sig nu som den sista länken i besluts-kedjan, den som genomför läkarens instruktioner. Barnmorskorna kände sig inte heller bekväma i en situation där deras uppgift endast var att genomföra en mekanisk procedur, att avbryta graviditeten. Barnmorskorna kände sig uteslagna från situationen, då alla beslut angående avbrytandet av graviditeten redan var gjorda. Barnmorskorna tyckte ändå att det var viktigt att de har en del i processen som leder till avbrytandet av en graviditet, det är en del av befrämjandet av kvinnans hälsa. Det var några barnmorskor som uppgav sin oro över att om inte de utför aborterna, vem gör dem då. (Cignacco 2002:183-185)



Barnmorskornas etiska dilemma uppstår då de måste välja mellan kvinnans rätt att bestämma över sin egna kropp och fostrets rätt till liv. Ofta undviker barnmorskan att tänka på fostrets rättigheter, då de anser att det annars är för svårt att göra sitt arbete. Under intervjuerna var frågorna angående fostren de svåraste, många berättade att de inte ville tänka för djupt på dem då de ännu skulle i många år fortsätta att arbeta med kvinnor som avbryter graviditeter. (Cignacco 2002:187)

I Poikajärvis forskning visade sig att patienter som hamnade på en ny skrapning efter aborten upplevde att de blev bättre behandlade än i själva abortsituationen, mera mänskligt. Samma gällde också de kvinnor som tidigare varit på skrapning p.g.a. ofullständigt missfall. (Poikajärvi 1998:82)

### **2.1.5 Mötet med läkaren**

Kvinnorna upplevde inte läkarnas beteende lika positivt som vårdarnas. Flera av kvinnorna kände att läkaren hade en negativ inställning mot avbrytandet av en graviditet t.ex. då han inte hälsade eller presenterade sig och pratade till patienten genom vårdaren. Detta påverkade kvinnans upplevelse och sätt att tänka på avbrytandet av graviditeten i framtiden. (Rainto 2004:38)

I Tuomaalas material beskrivs det första mötet då en remiss söks, mötet i samband med abortingreppet och preventivdiskussioner efter aborten. De beskriver situationer där abortbesluten har skett fredligt och situationer där läkaren inte har lyssnat på kvinnans åsikt. Ungefär hälften av kvinnorna har upplevt svårigheter i samband med mötet med läkaren. Kvinnorna har upplevt ångest och skuld, men också läkare som ser avbrytandet av graviditeten som en rutinsak och inte ger kvinnorna tillräckligt med tid till att prata om saken. Några kvinnor önskar att läkaren skulle försvara livet och påminna kvinnorna om de negativa följderna av aborten. Resultaten beskrivs främst genom två kvinnors upplevelser om att inte vilja bli mamma och deras friktionsfyllda möten med läkaren. De stötte på problemet ”hur få läkaren övertygad om att jag verkligen behöver avbryta graviditeten?”. Läkaren frågade mycket om pojkvännens åsikter och berättade hur många det är som ångrar ett avbrytande av en graviditet. Läkaren frågade aldrig hur kvinnorna själv tänkte om aborten. Läkaren såg graviditet och att bli mamma som något direkt bundet till kvinnligheten. Kvinnorna önskade att läkaren mer skulle beakta kvinnans individuella livssituation sådan som de upplevde den. (Tuomaala 2008:51-52)

Många kvinnor i Poikajärvis forskning upplevde att läkaren inte gick igenom orsakerna till aborten och många av kvinnorna sa att de inte ens visste vad läkaren skrev som orsak i remissen. De pratade nästan inte alls om patientens känslor och tankar kring aborten fast det skulle ha varit just det som många av kvinnorna önskat. Men det fanns också de kvinnor som hade upplevt det första läkarbesöket positivt och att de fått diskutera tillräckligt. Andra kvinnor igen var glada att de inte behövde ange någon speciell orsak eller behövde diskutera det mer. (Poikajärvi 1998:38)

### **2.1.6 Framtiden**

Många kvinnor funderade på hurdan inverkan avbrytandet av graviditeten har på framtiden. De kan tänka sig känna ånger och skuld känslor i framtiden. Också känslornas ambivalens kommer upp, nu känns det som om man inte vill ha barn alls, men i framtiden i en annorlunda livssituation kanske man vill ha barn. Kvinnorna poängterar också hur viktigt det kommer att vara att sköta preventivmedlen ordentligt i framtiden, så att de inte behöver komma tillbaka. (Rainto 2004:39) Rädsla för framtiden finns också. Kvinnorna är rädda för skulden och ångern i framtiden, hur framtida graviditeter skall lyckas samt de negativa följderna som en graviditet kan hämta med sig. (Major et al. 1990:455)

Då tiden till avbrytandet av graviditeten hos kvinnorna var minst fem år kunde man se fler negativa följder av aborten än i studier gjorda där tiden till aborten var kortare. Detta skulle tyda på att de negativa följderna ökar med tiden. De flesta kvinnor hade kunnat göra upplevelsen av att avbryta en graviditet en del av sitt liv och hittat mening i den. Då avbrytandet av graviditeten var gjord minst fem år tidigare hade kvinnorna ett större perspektiv där de kunde se hur det hade påverkat deras liv. Många kvinnor tänkte ännu ofta på hur de avbrytit graviditeten och på barnet de nu kunde ha. Största delen av kvinnorna var nöjda med sitt beslut, andra ångrade det. (Hess 2002:196, 198)

### **2.1.7 Ambivalenta känslor**

Att avbryta en graviditet väcker många olika känslor, rädsla för det okända och för vad som ska hända. Hela processen upplevs tung och kvinnorna upplever illamående och dåligt samvete. Känslorna är ambivalenta och varierande då kvinnorna en stund känner skuld och dåligt samvete och en annan lättnad för att det var över. En av kvinnorna berättade att hon ångrade beslutet och att

om det hände en gång till skulle hon göra beslutet annorlunda. Ångern steg fram i flera berättelser och kvinnorna funderade också på ångern i samband med framtiden. (Rainto 2004:33-34) Efter aborten upplevde kvinnorna både lättnad och tomhet, men det kändes viktigt att själv ha fått bestämma. (Axél & Hammarström 2004:164)

Ambivalensen i känslorna beskrivs variera mellan glad-ledsen, ånger-lättnad, skuld-inte skuld, rätt-fel, förlust-inte förlust och kontrol-inte kontroll. (Major et al. 1990:455)

De kvinnor som upplevde avbrytandet av graviditeten svår kände sorg, depression, längtan, skuld, hat och svårigheter att ge bort graviditeten. Det kan kännas svårt att uttrycka dessa känslor då beslutet att avbryta graviditeten har varit ens egna beslut. Kvinnan kan uppleva att det inte är socialt acceptabelt att känna dessa känslor. Vårdaren kan underlätta detta genom att berätta åt kvinnan att hon får sörja och diskutera med kvinnan om graviditetens betydelse för henne. Det kan vara enklare för kvinnan om hon vet att de starka känslorna hon upplever efter graviditeten är en naturlig del av processen. (Pietarinen 1998: 54-55) En abort är aldrig enkel då det hör till ett betydande sorgarbete. (Rainto 2004:41)

### **2.1.8 Beslutet**

Genast efter att kvinnorna fått veta om graviditeten började de fundera på om de tänkte fortsätta graviditeten eller avbryta den. Beslutsprocessen var lång och var mångfaceterad, beslutet kunde ändras flera gånger i dagen. De upplevde dock att avbrytandet av graviditeten var enda möjligheten i den livssituationen. (Rainto 2004:31)

Upplevelserna i samband med beslutsprocessen varierade mellan känslor av chock till glädje. Kvinnorna hade inte planerat att bli gravida, i ett fall var chocken så stor att kvinnan tänkt på självmord. Beslutet var eget men påverkades av bland annat barndomsupplevelser, partnern och vännerna. Kvinnorna ville inte heller ta hand om barnet ensam. (Axél & Hammarström 2004:162-163)

Pietarinen tar fram fem olika sätt att komma till beslutet. 1) Kvinnan mognar efter ett begrundande till att avbryta graviditeten, hon är först osäker på vad hon vill, men efter att ha granskat sin livssituation gör hon beslutet. 2) Kvinnan vet genast att hon vill avbryta graviditeten, hon ser direkt

att moderskap är något som inte hör till hennes liv ännu. 3) Kvinnan överväger de olika alternativen och gör sedan beslutet om att avbryta graviditeten. 4) Kvinnan har i förväg förberett sig för vad hon skulle göra om hon blir gravid, beslutet om att avbryta graviditeten är redan gjort. 5) Kvinnan gör beslutet om att avbryta graviditeten tvekande, hon känner att hon blir tvingad till att avbryta graviditeten p.g.a. omständigheterna. Det hur graviditeten upplevs har betydelse för hur avbrytandet av graviditeten upplevs. Om man gav upp bilden av att vara gravid genast då man gjort beslutet att avbryta graviditeten upplevdes aborten enklare. Om man igen såg graviditeten som en möjlighet att få ett barn till familjen var det svårare att klara sig igenom aborten. (Pietarinen 1998:45-46,55)

### **2.1.9 Smärtan**

I samband med avbrytandet av graviditeten upplevs de fysiologiska symtomen väldigt starka och gör att vården upplevdes mer negativt. Kvinnorna upplever illamående, uppkastningar, diarré, mag- och ryggont, sammandragningar samt allmän svaghet. (Rainto 2004:34)

Raintos studie visar hur smärtsam den medicinska aborten upplevs. Det kan kännas som en lättnad att man kan avbryta en graviditet utan ett kirurgiskt ingrepp och utan anestesi. En kirurgisk abort kan också kännas för snabb för att man ska kunna gå igenom saken mentalt, medicinska aborten är mer naturlig. Man är också hela tiden medveten om vad som händer. Smärtlindringen var en viktig del av vården men den kändes ibland otillräcklig. (Rainto 2004:41) Kvinnorna kunde också uppleva att de inte fick tillräcklig smärtlindring p.g.a. barnmorskornas negativa attityder mot abort. (Axél & Hammarström 2004:166)

### **2.1.10 Skulden påverkar vårdupplevelsen**

Kvinnor som avbryter en graviditet skiljer sig från andra patientgrupper då de känner skuld för att de avbryter graviditeten, de kanske känner att de gör fel och de känner att de har själv har orsakat den smärta som de nu känner. Därför är det viktigt att vårdaren uppmärksammar sitt sätt att vara i patientkontakten så att vårdaren inte skuldsätter patienten ännu mer. Skuldkänslorna gör tillfriskningsprocessen svårare. (Poikajarvi 1998:81)

För flera av kvinnorna var sjukhusupplevelsen den första och de var nervösa för den redan därför. De funderade också mycket på hur de betedde sig som patienter. De ville bete sig speciellt bra då de kände att det var deras eget fel att de var där och kände skuld över situationen. (Poikajärvi 1998:50) Vissa kände sig skyldiga då de t.ex. smutsade ner sjukhusets sängar med blod och andra kände som om de gjorde fel då de tog den enkla vägen. (Axél & Hammarström 2004:164)

En av informanterna upplevde sig ha mycket negativa attityder mot avbrytandet av graviditeten och det tog sig i uttryck i vårdupplevelsen genom att hon funderade mer på vad läkaren och vårdaren tänkte och hur de betedde sig i vårdsituationen. De andra kvinnorna i Raintos studie hade mer positiva attityder mot abort och såg det som en valmöjlighet som var bra att ha om det händer misstag. Ju positivare inställning man har mot abort desto positivare upplever man vården och dess kvalitet. Patienten är i ett känsligt läge, känner skuld och är nöjda då problemet bara ”sköts bort”, då upplever de också vården mer positiv. Kvinnorna kände också skuld för att de upplevde att det fanns kvinnor som försökte bli gravida i år och de blev gravida av misstag. (Rainto 2004:31-33,40) Kvinnorna sade sig ha positiv attityd mot abort i allmänhet, men negativ attityd mot sin egen. (Axél & Hammarström 2004:163)

Att se fostret i ultraljudet gör graviditeten konkret och minskar skuldkänslorna då kvinnan vet vad hon ger upp då hon avbryter graviditeten. (Pietarinen 1998:54)

### **2.1.11 Kritik mot abortlagen**

Abortlagen är skriven i en sådan form att den förutsätter att alla kvinnor vill ha barn alltid då de sociala förhållandena bara tillåter det. Då läkaren gör ett beslut om aborten måste han uppge en orsak och det finns ingen orsak som heter ”vill inte ha barn”. I den abortlag som gjordes på 1970-talet finns ingen punkt om kvinnans egna vilja. Problem uppstår i mötet med läkaren då kvinnan måste förklara för en utomstående person varför hon inte vill bli mamma. (Tuomaala 2008:50-51,55)

Kvinnorna upplever direkt frustration både mot abortlagen och mot läkaren. En av kvinnorna beskriver direkt ovilja mot att läkaren kryssar för sociala orsaker som orsak till aborten eftersom någon då kan läsa abortstatistiken och dra slutsatsen om att det skulle finnas flera barn i Finland om

det sociala systemet fungerade bättre. Hon ville istället att läkaren skulle kryssa för ”kvinnan vill inte ha barn”, men då det inte finns en sådan punkt blir det sociala orsaker. (Tuomaala 2008:53)

Det kommer också fram att i de flesta fall har inte kvinnan som genomgått aborten vågat berätta åt läkaren att den egentliga orsaken till aborten är kvinnans egna vilja att inte få barn utan de har istället förklarat det med en social indikation. Endast de två kvinnor som Tuomaala valt att beskriva har sagt den egentliga orsaken till läkaren. (Tuomaala 2008:54)

### **2.1.12 Intimiteten och tryggheten**

Oron med intimiteten går igenom hela processen, kvinnorna är rädda att utomstående ska få veta om graviditeten. Några av kvinnorna från små kommuner åker till en annan kommun för att avbryta graviditeten, så att ingen skulle få veta. Intimiteten borde respekteras mer speciellt på gynekologiska polikliniken, för där vet alla att man har något gynekologiskt problem, så det känns som om alla kan gissa sig fram och när skötaren ropar upp namnet vet alla andra i vänterummet vad man heter också. (Poikajärvi 1998:36, 41)

Ett behov av ”eget rum” på sjukhuset kommer fram. Fysiskt önskade patienterna ett lugnt eget rum och psyksikt individuell vård och respekterande bemötande. På sjukhuset ser kvinnorna intimitet som något viktigt. Patienterna väntar helst på ingreppet ensam eller med någon stödperson och inte i samma rum med andra patienter. Smärtorna efter den livmoderhalsutvidgande medicinen är starka före den kirurgiska aborten och patienterna känner att de måste hålla smärtorna inom sig om det finns andra patienter i rummet. (Poikajärvi 1998:51)

I en ny och skrämmande situation blir det speciellt viktigt att skapa en känsla av trygghet. Rädsla för ingreppet, smärtan, att inte bli bemött som en människa, nakenheten, anestesi och patientrollen ökar otryggheten. Att t.ex. vänta i ingreppsrummet och se på instrumenten ökar rädslan. En stödperson eller att ha en vårdare närvarande skapar trygghet. (Poikajärvi 1998:53) Att inte veta vad som kommer att hända gav rädsla och sårbarhet. (Rainto 2004:35-36)

Vissa av kvinnorna upplevde att det var svårt att vara på sjukhuset då man måste dela rummet med andra patienter, andra igen upplevde att ingreppet kändes lättare då man hade stöd av andra i samma

situation. Kvinnorna såg konfidentialitet och respekterande bemötande i vårdrelationen som viktigt. (Pietarinen 1998:53)

### **2.1.13 Socialt stöd**

För att man skall kunna göra ett beslut om aborten betyder en stödande partner mycket. En stor del av kvinnor saknar detta, i många fall är också avsaknaden av en partner orsaken till aborten. (Tuomaala 2008:54)

I Poikajärvis sampel av 20 informanter hade elva berättat om graviditeten och avbrytandet av graviditeten för sin man eller pojkvän, fem hade berättat om det åt någon nära vän och fyra hade inte berättat om det till någon. Patienterna kände trygghet av att en stödperson var med och väntade på ingreppet. På några ställen hade sjukhuset förbjudit stödpersonen och detta ökade känslan av otrygghet. Patienterna önskade att det skulle vara möjligt för alla att ha en stödperson med sig. (Poikajärvi 1998:28,53) I Majors sampel berättade största delen åt sina partners (85%), under hälften berättade åt sin familj (40%) och 66% berättade åt sina vänner. Kvinnorna upplevde sig få bättre stöd från sin partner och sina vänner än från sin familj. De kvinnor som inte berättade åt sin partner om aborten kan ses vara i mindre allvarliga förhållanden och därför inte heller upplever avbrytandet av graviditeten som så stressande i sitt liv, de var också i genomsnitt äldre än de andra kvinnorna. (Major et al. 1990:460)

Social press upplevdes och det kändes svårt att berätta om graviditeten för någon, kvinnorna hittade ändå socialt stöd från vänner och släktingar, speciellt äldre syster och mamma. (Rainto 2004:28)

Kvinnorna gjorde beslutet om aborten endera tillsammans med sin partner eller oberoende av dennes åsikt. Studien visar ändå att partners åsikt om aborten inte påverkade det hur kvinnan upplevde den. Det som hade betydelse var om partnern kunde stöda kvinnan oberoende av sin åsikt och oberoende av om beslutet var gemensamt. Stödet från partnern minskar ångesten som upplevs direkt efter aborten. Det var också viktigt att diskutera med någon anhörig om aborten, att bli ensam i abortsituationen gjorde upplevelsen tyngre. Det är viktigt att i vården ta anhängiga i beaktande enligt patientens vilja. (Pietarinen 1998:52-53)

Kvinnorna väljer noga ut vem de kan berätta åt om avbrytandet av graviditeten genom att tänka på hur hon tror att de upplever det. (Pietarinen 1998:57)

Mest depression och negativa känslor om aborten finns hos de kvinnor som berättade åt sin partner, sina vänner eller sin familj och inte får fullt stöd av dem. Socialt stöd kan alltså ha både negativa och positiva följder på kvinnans psykiska välmående efter avbrytandet av graviditeten. Speciellt om partnern är negativt inställd mot aborten blir kvinnorna mer deprimerade. Studien visade också att de kvinnor som inte berättade åt sin familj var mer deprimerade än de kvinnor som berättade åt sin familj men inte fick fullt stöd. Sociala stödet direkt efter den kirurgiska aborten gjorde att man kände att man klarade sig bättre. Detta i sin tur gjorde att man mätte psykiskt bättre. De fysiska symtomen minskade dock inte till följd av socialt stöd. (Major et al.1990:461)

#### **2.1.14 Informationen**

Okunskapen att veta vart man ska ta kontakt och vem man ska ringa till för att få processen igång visar sig vara ett problem. Patienterna behöver mer information och klarare direktiv. De vill också ha klara direktiv för hur de ska fortsätta när de har fått veta att de är gravida, vart de ska ta kontakt till nästa. Kvinnorna önskade mera skriftlig information som de kunde läsa efter att värsta chocken lagt sig, så att de kunde förstå vad det egentligen betyder att avbryta en graviditet. (Poikajarvi 1998:31-32) Det skulle vara viktigt att en vårdare tillsammans med patienten gick igenom den skriftliga informationen. (Rainto 2004:35-36)

Det barnmorskorna önskar är att ge råd och information om födseln av det aborterade fostret så att föräldrarna kan sörja ordentligt, något som ofta blir bort i diskussionen med läkaren. (Cignacco 2002:188) Många kvinnorna grubblade över vad som hände med fostret efter aborten och hur det såg ut om det t.ex. hade blivit platt. Vårdarna tog inte upp det efter ingreppet och patienterna vågade heller inte själv fråga. De undrade om fostret bara kastades i roskorgen. (Poikajarvi 1998:60-61)

Informationen och handledningen som kvinnorna fick av vårdpersonalen upplevdes viktig i processens alla skeden, speciellt före ingreppet och då man skulle fara hem från sjukhuset. Kvinnorna önskar mer information om ingreppet och mindre preventivrådgivning. (Poikajarvi 1998:54)



Kvinnorna sökte sig till vården direkt då de upptäckte ovanliga symtom eller fick ett positivt resultat på graviditetstestet. Kvinnorna förstod inte den medicinska definitionen på graviditetens längd och de ville veta exakta tidpunkten då de kunnat bli gravida, något som kunde förklaras för dem på läkar- eller hälsovårdarbesök. (Pietarinen 1998:52)

### **2.1.15 Preventivrådgivning**

Avsaknad av information om preventivmedel ses som en orsak till aborter. Detta är en orsak som man kunde genom att ge information och handledning minska. Studien visade att kunskapen om och användningen av preventivmedel en månad senare ökar tydligt i en grupp som får rådgivningen, men hölls på samma nivå hos kontrollgruppen. Också attityderna mot preventivmedlen ökar i experimentgruppen. Före rådgivningen visste största delen av kvinnorna inte så mycket av de preventivmedel som fanns eller hur man använder dem rätt. De största problemen med preventivmedlen var negativa attityder mot dem och tron att nyttorna med preventivmedel inte är så stora. Tidpunkten för preventivrådgivningen visade sig vara betydande; kvinnorna var mera villiga att börja använda preventivmedel direkt efter avbrytandet av graviditeten. (Nobili et al. 2006:362,364-366) Preventivrådgivningen önskades vara mer individuell och utformad enligt kvinnans behov. (Poikajärvi 1998:54)

Många kvinnor saknar informationen och kunskapen om fertilitet, användning och bieffekter av preventivmedel eller dagen-efter-piller. De känner att de inte har fått tillräckligt med information från skolan eller hälsocentralen. Det finns ändå inte mycket kontakt mellan kunskap och den egentliga användningen av preventivmedel. Många kvinnor vet vad det finns för preventivmedel, hur man använder dem och varför man använder dem, det finns andra orsaker till att de inte använder dem. T.ex. används inte kondom för att den ses "oromantisk", ibland glöms den bort p.g.a. alkohol eller för att situationen är för "het". Endast kunskapen räcker alltså inte till att förhindra graviditet. (Sundby et al. 1999:13-14,17)

Det finns kvinnor där man ser ett tydligt riskbeteende men i alla grupperna; de som alltid använder preventivmedel, de som oftast använder och de som sällan använder finns flera kvinnor som blivit gravida. Detta visar att det räcker inte att man ökar användningen av preventivmedel utan att de unga också behöver veta mer om effekten av de olika metoderna samt hur man använder dem rätt och

konsekvent. Preventivmedel har också social betydelse, kondomer associeras med könssjukdomar och p-piller till stadigvarande förhållanden. Det upplevs dessutom som svårt att använda p-piller då man måste få recept från läkaren för dem. Den känsligaste tiden för oskyddat sex är tiden före man blir ett stadigvarande par. (Sundby et al. 1999:17-18)

Då kvinnorna diskuterar tidigare preventivmedel känner de skuldkänslor. Läkarens kommentarer om t.ex. oregelbundet tagna p-piller känns dåliga. Här önskar kvinnorna mera empati från vårdpersonalen. (Poikajarvi 1998:37)

## **2.2 Summering av litteraturen**

Stödet och empatin från vårdpersonalen upplevs av kvinnorna som något som bidrar till en mer positiv vårdupplevelse. Speciellt det kunskapsmässiga stödet, informationen upplevdes i flera forskningar som viktig. Kvinnorna ansåg att det var viktigt att vårdaren kunde sätta sig in i patientens situation och att få dem att känna sig accepterade och respekterade, de behövde någon som lyssnade på deras upplevelser utan att dömma. En bra vårdare kunde beskrivas som trevlig och snäll, en som förstår och lyssnar. En ”dålig” vårdare kunde få kvinnorna att känna skuld, sorg, ensamhet och osäkerhet. Vårdarna var nöjda över sitt arbete då patienterna var nöjda med sin vård.

Kvinnorna önskade mera skriftlig information och att någon från vårdpersonalen gick igenom denna med dem. Informationen och handledningen som kvinnorna fick av vårdpersonalen upplevdes viktig i processens alla skeden, den bidrog enligt kvinnorna i flera forskningar till att göra vårdupplevelsen mer positiv. Preventivmedel stiger upp som ett viktigt diskussionsämne. Preventirådgivning före avbrytandet av graviditeten ökade användningen av preventivmedel efter denna och ökade patienternas positiva upplevelse av vården.

Många kvinnor funderade på hurdana känslor avbrytandet av graviditeten väcker i framtiden, t.ex. ånger och skuld. Vårdaren kan underlätta detta genom att låta kvinnan sörja. De starka fysiologiska symtomen kunde göra att vården upplevdes negativt. Smärtlindringen upplevdes som en viktig del av vården men den kändes ofta otillräcklig. Ju positivare inställning kvinnorna hade mot abort desto positivare upplevde man vården och dess kvalitet.

Oron med intimiteten går igenom hela processen. Ett behov av "eget rum" på sjukhuset kommer fram, fysiskt ett lugnt eget rum och psykiskt individuell vård och respekterande bemötande. I en ny och skrämmande situation blir det speciellt viktigt att skapa en känsla av trygghet. Patienterna kände också trygghet av att en stödperson var med och väntade på ingreppet. Det sociala stödet påverkade kvinnans psykiska välmående.

Det viktigaste som steg fram ur de tidigare forskningarna var alltså att kvinnan önskar en empatisk och stödjande vårdare som lyssnar på henne och låter henne berätta om sina upplevelser utan att skuldsätta henne, samt att vårdaren ger kvinnan den konkreta informationen angående avbrytandet av graviditeten som kvinnan behöver.

### 3 TEORETISK REFERENSRAM

Omsorgen är en viktig grund för all vård. Genom omsorgen når man målet; att patienten skall få ett så gott liv och så god död som möjligt. Förmågan att känna omsorg, att bry sig är grunden som gör människan människa. Att man känner omsorg för en annan människa betyder att man bryr sig om vad som händer med henne. Den andras lidande och glädje berör en och man vill åstadkomma något gott för henne. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996:18,39-40) Detta kan man se i vårdarens sätt att bemöta en kvinna som genomgår ett avbrytande av en graviditet. Vårdaren vill att något gott skall komma av det, att kvinnan ska kunna fortsätta sitt liv efter händelsen.

Vårdrelationen är en omsorgsrelation. En god omsorgsrelation förutsätter bland annat respekt för patienten, att vårdaren försöker se situationen ur patientens synvinkel, att vårdaren vill åstadkomma något gott för patienten och att hon finns där för patienten då patienten behöver henne. För att vårdaren skall kunna respektera patienten måste hon kunna acceptera och empatiskt förstå patientens känslor och beslut. Hon måste kunna hjälpa patienten utifrån patientens utgångsläge, se patientens egna sätt att uppleva situationen och inte se situationen utgående från sig själv. För att skapa en god omsorgsrelation måste vårdaren lära känna patienten, lyssna på henne och förstå vad patienten menar utan att hon säger det, alltså förstå patientens personliga innebörd i orden, de tankar och känslor hon uttrycker och tonen hon uttrycker dem i. För att skapa omsorg måste vårdaren kunna engagera sig känslomässigt i patienten och använda sig själv till förmån för patienten. Vårdaren måste erkänna patientens värdighet och behov av eller möjlighet till tillväxt. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:24-25)

Vårdaren måste visa hänsyn till patienten alltså kunna beakta de känslor och tankar som patienten har och inte såra patienten. Vårdaren måste kunna acceptera patienten som hon är och acceptera det utgångsläge patienten kommer ifrån. Vårdaren uttrycker omsorgen i de konkreta vårdhandlingarna hon gör, t.ex. smärtlindringen, samtalen och stödet. Då allt vårdaren gör bygger på omsorg blir alla handlingar omsorgshandlingar. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:25)

	Spontan omsorg	Reflekterad omsorg
Privat omsorg	1	3
Yrkesbunden omsorg	2	4

(Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:26)

Figur 1. De olika nivåerna av omsorg

För att man ändå ska kunna se omsorg som professionellt hjälpande måste man kunna skilja åt de olika formerna av omsorg. Sarvimäki och Stenbock-Hult har med grund ur tidigare teorier format fyra olika former av omsorg. En vårdare kan känna privat eller yrkesbunden omsorg. Den privata omsorgen känner man till sina anhöriga och vänner. Då den samtidigt är spontan (1) har den vuxit fram omedelbart och har sin grund i de positiva känslor vårdaren känner mot sina anhöriga. Den yrkesmässiga omsorgen är den omsorg vårdaren känner i yrkesrelationerna, till patienter och arbetskamrater. Om den är spontan (2) har också den vuxit upp omedelbart i interaktionen med patienten och har sin grund i naturligt och emotionellt engagemang i den andra. Då omsorgen är reflekterad är den en summa av reflektion, kunskap, instikt och plikter. I privatlivet kan det betyda att man har tänkt igenom situationen och förstått att det är ens plikt att hjälpa någon person (3). Den yrkesbundna reflekterade omsorgen grundar sig på yrkesetiska principer, då det hör till vårdyrket att vårda alla patienter. Omsorgen kommer inte spontant och man upplever inte alla patienter positivt då man möter dem. Man kanske inte får någon kontakt med patienten eller hon kan bete sig så eller ha en sådan bakgrund att man känner att man vill tycka illa om henne. Om man ändå förstår att det hör till ens professionella plikt att hjälpa alla patienter så kan man genom reflektion utveckla en omsorg i sådana krävande situationer (4). (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:26)

Den yrkesbundna reflekterade omsorgen kommer bra in på vården av kvinnor som avbryter en graviditet. Alla vårdare godkänner inte avbrytande av graviditet, men om de jobbar med patienter som genomgått ett avbrytande av en graviditet måste de kunna vårda patienterna så att de egna åsikterna inte påverkar kvaliteten av vården. Vårdarna måste ha en yrkesbunden reflekterande omsorg så att de kan vårda patienterna oberoende av sina egna åsikter och ge dem den omsorg de behöver. Mcqueen (1997:238) talar istället för yrkesbundna reflekterade omsorgen om den ”professionella” empatin och emotionella arbetet i vårdandet. Fastän vårdarna har sina egna åsikter om abort vårdar de patienterna enligt de yrkesetiska principerna.

Vårdförhållandet är en subjekt-subjektrelation inte en subjekt-objektrelation. Då är både vårdaren och patienten egna individer som har egen vilja, egna mål, egna avsikter och egna resurser. I

vårdsituationen betyder detta att man tar i beaktande patientens önskemål, ger patienten valfrihet och låter henne ta ansvar över sig själv. Vårdaren måste dock ha logiskt tänkande, det kan finnas inre eller yttre gränser som gör att man i varje fall inte kan fylla patientens önskan eller låta patienten ta ansvar över sig själv. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996:95-96) Detta kan hos kvinnor som avbryter en graviditet ses i tidigare forskningarna i sambandet "eget rum". Trots patienternas önskemål var det inte alltid möjligt att ge patienterna fysiskt ett eget rum på sjukhuset då det inte fanns lediga en persons rum eller psykiskt lugn och ro då det var så mycket som skulle förberedas och diskuteras med patienten före ingreppet. (Poikajärvi 1998:51) Det viktiga är att patienten inte behandlas som ett objekt utan egen vilja och egna resurser, t.ex. 14-1, rumnumret och platsen som man ofta hör patienter kallas på avdelningar.

## **4 SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH PROBLEMAVGRÄNSNINGAR**

I detta kapitel kommer studiens syfte, frågeställningar och problemavgränsning att presenteras under sina egna rubriker.

### **4.1 Studiens syfte**

Syftet i examensarbetet är att få en djupare förståelse om hur kvinnan som genomgår ett avbrytande av en graviditet känner sig bli bemött av vårdpersonalen. Ämnet granskas från kvinnans synvinkel.

### **4.2 Forskningsfrågorna**

I detta arbete kommer att följa två genomgripande frågeställningar. Forskningsfrågorna utgår ifrån det teoretiska perspektivet och de tidigare forskningarna.

FRÅGESTÄLLNINGARNA:

Hur upplever kvinnan att hon blir bemött av vårdpersonalen vid avbrytandet av en graviditet?

Hur upplever kvinnan att den yrkesbundna reflekterade omsorgen kommer fram i vården?

För att få svar på frågeställningarna kommer ett frågeformulär att läggas ut på ett diskussionsforum för kvinnor som genomgått ett avbrytande av en graviditet.

### **4.3 Problemavgränsning**

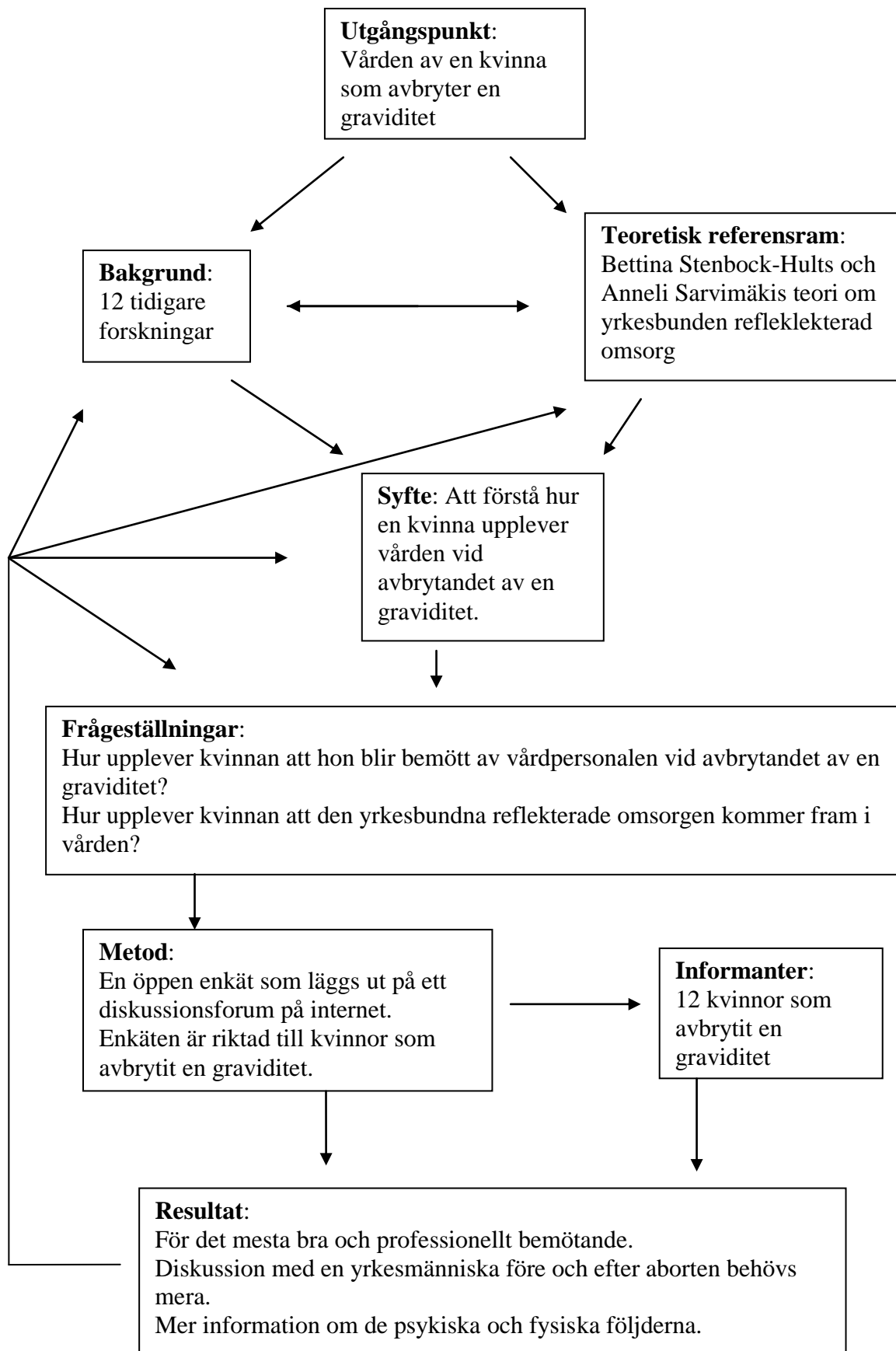
Patientgruppen avgränsas till de kvinnor som gör en tidig abort, före graviditetsvecka 12, och gör denna p.g.a. olika sociala skäl. Kvinnan genomgår aborten av fri vilja, inte p.g.a. fostermissbildningar eller p.g.a. att en fortsatt graviditet kan skada kvinnans egna hälsa. Missfall alltså spontan abort kommer inte heller att behandlas i arbetet. Som metoder för avbrytandet av graviditeten beaktas både den medicinska och kirurgiska aborten.

De använda forskningarna är begränsade till nya forskningar (1990-2008) då kunskapen om abort hela tiden ändras; attityderna blir mer godkännande, man vet mera och metoderna ändras.

Materialet begränsas till länder som har liknande förhållanden som Finland. Många av forskningarna är gjorda i Norden, men också forskningar från USA och övriga europeiska länder tas med. Forskningar gjorda i Afrika och Asien har lämnats bort då kulturen och levnadsförhållandena skiljer sig så mycket.



## 5 DESIGN



Figur 2. Arbetets design

Ovan ser man arbetets design, hur de olika delarna av studien hänger ihop. Arbetet börjar med en hypotes om hur vården av kvinnor som avbryter en graviditet fungerar. En litteratursökning görs och 12 tidigare forskningar angående avbrytandet av graviditet väljs som bakgrund till studien. Bettina Stenbock-Hults och Anneli Sarvimäkis teori om den yrkesbundna reflekterade omsorgen anses passa bra ihop med ämnet och med de tidigare forskningarna så denna teori väljs som teoretisk referensram. Syftet och frågeställningarna stiger fram ur de tidigare forskningarna och den teoretiska referensramen. Den öppna enkäten verkar som den bästa metoden att få svar på syftet och frågeställningarna. De 12 kvinnor som svarar på enkäten blir informanterna och av deras svar kan resultatet sammanställas. Resultatet av studien återspeglas sedan med de tidigare forskningarna, den teoretiska referensramen samt med syftet och frågeställningarna för att skapa en helhetsbild av arbetet.

## 6 METOD

I detta kapitel kommer metoderna för datainsamlingen samt dataanalysen att presenteras.

### 6.1 Datainsamlingmetod

Som datainsamlingsmetod kommer att användas enkät (Bilaga 3) till kvinnor som har genomgått ett tidigt avbrytande av en graviditet (före vecka 12) på grund av sociala skäl. Enkäten läggs ut på ett diskussionsforum där abort diskuteras på internetsidan suomi24.fi. Diskussionsforumet hittas under ”Naisten terveystalstat” och ”Abortti”.

Enkät är en metod att samla in information som bygger på frågor. Då man gör en enkät är det viktigt att man tar i beaktande graden av strukturering, hur mycket man kan styra informanternas svar, om de ska välja ett av flera färdiga alternativ eller om de får svara med egna ord. Enkäten i denna studie kommer att vara ostrukturerad då den görs med öppna frågor. (Patel 1987:103)

Det är svårt att göra en enkät med god kvalitet då forskaren noggrant måste fundera ut hur han formulerar orden och innehållet för att få det önskade svaret. Öppna frågor ger informanten möjligheten att svara på frågorna med sina egna ord. Forskaren måste också se till att informanten får tillräckligt med utrymme på svarsblanketten för att besvara de öppna frågorna. Fyra viktiga punkter måste tas i beaktande då man utformar frågorna. 1. Frågorna måste vara klart formulerade så att informanten förstår vad som frågas. 2. Frågorna ska vara formulerade så att informanten förstår att svara på det som forskaren önskar få svar på. 3. Frågorna måste vara formulerade på ett sätt så att de inte vägleder svaret, alltså att svaret inte påverkas av frågans formulering. 4. Forskaren måste ta i beaktande informantens integritet, speciellt då frågorna behandlar känsliga ämnen. (Polit & Hungler 1995:273, 275, 291)

Metoden för datainsamlingen är endera kvalitativ eller kvantitativ. Denna studie kommer att göras kvalitativt. En kvalitativ metod innebär att man försöker komma så nära forskningsobjektet som möjligt och att man inte har tillräckligt med förhandskunskap om fenomenet man vill studera. Målet med den kvalitativa metoden är att förstå människan ur hennes egna personliga perspektiv. Man stävar till att få en helhetsbild av en viss situation. Resultaten presenteras i huvud- och

underkategorier med hjälp av citat och beskrivningar. Datainsamlingsmetoder som används inom den kvalitativa metoden är bl.a. intervju och enkät. (Eriksson 1992:98-101)

Forskaren arbetar för att skapa en teori som är så lik verkligheten som möjligt. Datan, informationen som forskas är en del av verkligheten, denna del som forskas heter empiri. Arbetet består av att relatera teori och verklighet till varandra. (Patel 2000:20)

I denna studie har enkäten skapats genom att begrunda forskningsfrågorna tillsammans med de tidigare forskningarna samt den teoretiska referensramen. Det steg ut 13 frågor ur de tidigare forskningarna, men antalet minskades till sex väsentliga för att få fram svaren på forskningsfrågorna. Frågorna fick formuleras om flera gånger för att inte vägleda informanternas svar och slutligen kvarblev sex objektiva och klara frågor.

Ett diskussionsforum där kvinnor diskuterade sina upplevelser angående avbrytanden av graviditeter hittades på internetsidan suomi24.fi. Detta verkade som ett bra forum att få informanter från. Enkäten lades ut på diskussionsforumet i februari 2010 och efter fyra veckor hade 12 kvinnor svarat.

## **6.2 Dataanalysmetod**

Som data-analysmetod kommer att användas innehållsanalys. Innehållsanalys är en metod med vilken man kan analysera dokument systematiskt och objektivt. Innehållsanalysen lämpar sig till att analysera dagböcker, brev, dialoger, tal, rapporter, böcker, artiklar och annat skriftligt material. Det är en process där man organiserar, beskriver och tolkar olika kategorier. Man strävar till att få en bild av det fenomen man forskar i en sammanfattad form och olika kategorier som beskriver forskningsresultatet. (Kygäs & Vanhanen 1997:4)

Analysprocessen görs endera induktivt eller deduktivt. (Kygäs & Vanhanen 1997:5) I detta arbete kommer att användas en induktiv metod då jag utgår från det material, de enkäter, jag samlar och från dessa sedan formar en slutsats.

Före analysen påbörjas måste man bestämma om man analyserar endast det som är klart uttryckt i dokumenten eller om man också analyserar den bakomliggande betydelsen. Studiens mål och

forskningsfrågan styr forskaren till att välja vilket innehåll han analyserar. (Kyngäs & Vanhanen 1997:5)

Den induktiva analysprocessen bygger på att reducera, gruppera och abstrahera. I första stadiet reducerar man texten genom att plocka ut vissa ord och koda uttryck för att göra det lättare att utläsa det viktiga. Man skriver uttrycken med möjligast lika ord som i originaltexten. Man samlar sedan de reducerade orden till listor. Nästa stadie i analysen är att gruppera de reducerade uttrycken i grupper där de hör ihop, genom att söka likheter och olikheter. Man samlar ord och uttryck som betyder samma sak i samma kategori och skapar ett namn som beskriver innehållet. Till slut abstraherar man, man sammandrar och skapar en bild om forskningsfenomenet. Man gör detta genom att fortsätta kategorisera innehållet till grupper med liknande innehåll och skapa överkategorier till dem. Överkategorierna får ett namn som beskriver dess innehåll alltså de underkategorier som de består av. Man fortsätter att göra detta så länge som det är innehållsmässigt vettigt och möjligt. Det kan ibland vara besvärligt att ge namn åt kategorierna och man använder sig ofta av deduktiv slutledning, alltså man ger kategorin ett namn som är bekant från förut, t.ex. psykiskt välmående. (Kyngäs & Vanhanen 1997:6-7)

Då man analyserar en problemställning som innebär att man granskar hur människorna själv uppfattar sin livssituation betyder det att analysen görs kvalitativt. Genom att tolka människors uttalanden och upplevelser får man en inblick och förståelse i de olika livsförhållanden som människorna beskriver. Den kvalitativa undersökningen är deskriptiv eller explorativ, syftet är alltså att utforska och beskriva de förhållanden människorna lever i så som de själv upplever dem. De människor som deltar i undersökningen representerar sig själva och sin erfarenhet som kan kopplas till det problem som undersöks. Det är viktigt att komma ihåg att de personliga förhållanden har stor betydelse i hur man upplever och handlar i en given situation. Den kvalitativa forskningsmetoden utgår från ett empiriskt material. (Patel 1987:122-123)

Då man presenterar resultaten presenterar man den modell som bildats av analysen och de kategorier som man kommit fram till. Man berättar också vad de olika kategorierna betyder och vad de innehåller genom att beskriva underkategorierna och de reducerade uttrycken. Då man använder direkta citat visar man åt läsaren ur hurdan originaltext de reducerade uttrycken är tagna och på detta sätt ger rapporten mer reabilitet. Citaten skall ändå användas i texten endast som klarifierande exempel. Informanten skall inte heller kunna kännas igen från citatet. (Kyngäs & Vanhanen 1997:10)

Utmaningen med innehållsanalysen är att forskaren måste kunna reducera materialet och skapa kategorierna så att de beskriver det studerade fenomenet tillräckligt pålitligt. Det är viktigt att forskaren kan visa ett samband mellan resultatet och materialet. Ett problem kan också vara att forskaren inte kan se analysprocessen tillräckligt objektivt utan ser det från sin subjektiva synvinkel.( Kyngäs & Vanhanen 1997:10)

Analysprocessen i denna studie börjades genom att läsa igenom materialet flera gånger. Efter detta började man kategorisera materialet genom att använda de till informanterna givna frågorna som hjälp. Alla svar på samma fråga samlades under samma rubrik t.ex. ”Kuvaile sellaista minkä olet kokenut erityisen positiiviseksi tai erityisen negatiiviseksi prosessin aikana.” och man började leta efter nyckelord och ämnen som hängde ihop. Det märktes snabbt att svar från olika kategorier hängde ihop och skapade nya överkategorier t.ex. kom behovet av diskussion med en yrkesmänniska och behovet av mer information upp under många skilda frågor och blev underkategorier till kategorin ”vårdarens uppgifter”. Genom att jämföra svaren och hitta liknande svar och åsikter skapades sedan de fyra överkategorier och 16 underkategorier som presenteras i resultaten.

Nedan visas ett exempel på hur innehållsanalysen gick till.

### Ursprungligt uttryck

### Förenklat uttryck

### Slutsats

"Keskusteluapua ei missään vaiheessa ehdotettu."

"Olisin myös toivonut että olisin saanut keskusteluapua abortin jälkeiseen aikaan. Aloin masentua abortin teon johdosta ja voimaan entistä huonommin, koin myös suuria syyllisyyden tunteita joita koen edelleen. Asian tunnepuolta ei hoidossa otettu huomioon lainkaan ja kaikki tapahtui hyvin nopeasti sekä 'kliinisesti'."

"Ehkä enemmän henkinen puoli ja olisi varmasti ollut hyvä saada pidempi lääkäriaika niin olisi voinut keskustella lääkärin kanssa pidempään."

"Olisin toivonut että hoitohenkilökunta viimeiseen asti varmistaa että haluan suorittaa toimenpiteen oikeasti ja että keskustelua olisi ollut enemmän sekä tietoa siitä miten abortti vaikuttaa elämään jällkeenpäin."

"Jälkihoito. Vaikka olenkin sinut päätökseni kanssa, koen surua ja menettäneeni jotain, sekä olevani asian kanssa melko yksin."

"Jälkihoito ehdottomasti. Sairaalasta kotiutuessa sai lapun, jossa oli numero jonne voi soittaa jos jotakin akuuttia (fyysistä) ilmenisi. Synnyttämättömälle naiselle hormonimyrsky oli täydellinen yllätys, itkin suoraa soittoa päiväkausia. Olisipa ollut edes pieni tiedote, josta olisi voinut lukea myös psyykkisistä vaikutuksista."

diskussionshjälp

de emotionella följderna

livet efter aborten

ensam

eftervården

Kvinnorna önskar att de fick diskutera mer med en yrkesmänniska, att eftervården beaktades mer och de fick mer information om de emotionella följderna

=  
VÅRDARENS  
UPPGIFTER

Figur 3. Exempel på innehållsanalysen.

## 7 ETISKA REFLEKTIONER

Då man gör en studie som angår så intima delar av en människans liv som avbrytandet av en graviditet gör är det viktigt att man tar i beaktande de forskningsetiska frågorna. Studien ska inte skada och inte åstadkomma lidande eller illabefinnande för informanten. Det ska vara frivilligt för informanten att delta i studien, man ska alltid beakta patientens bästa och hon ska informeras om studiens uppbyggnad och utsträckning så att hon själv kan göra beslutet att delta eller inte delta i studien. Informanten ska garanteras anonymitet, hennes integritet ska skyddas. Studien ska inte heller göras endast för studerandens självändamål. Den kunskap som framkommer i studien ska föras vidare genom undervisning och forskning för att vara till hjälp för så många människor som möjligt. (Eriksson 1992: 21-22)

I denna studie används internet som redskap för datainsamlingen. Här råder samma etiska principer som för all annan forskning. Grundprinciperna är alltså att informantens självbestämmanderätt respekteras, att informanten inte skadas och att anonymiteten bibehålls. Då man gör studien på internet ska man informera informanten att hennes svar kommer att användas i arbetet i sådan form att hennes identitet inte kan läsas från dessa, men att de ursprungliga svaren kommer att lagras på ett annat ställe än på det ställe där hon elektroniskt svarat på dem, i detta fall diskussionsforumet, i en bestämd tid. (Kuula 2006:192-193)

Den text människor publicerar på internet kan ses som en beskrivning på deras eget liv och egna upplevelser. På samma sätt kan den elektroniska kontakten ses som kommunikation där människor delar sina tankar, känslor och erfarenheter och skapar ett samband med människor i samma livssituationer. Man kan alltså se informanterna i denna studie som människor som använder internet som ett hjälpmedel att uttrycka sig själva. (Kuula 2006:194)

I denna studie har de forskningsetiska frågorna beaktats genom att på diskussionsforumet lägga ut ett informerat samtycke åt informanterna (Bilaga 2) där de ovannämnda faktorerna nämns, tillsammans med frågorna för studien. I det informerade samtycket berättas att enkäten (Bilaga 3) är helt konfidentiell, att det är frivilligt att delta i studien och att kvinnan får avbryta att svara på frågorna när som helst om hon så önskar. Det står också att de svar kvinnorna ger i enkäterna inte kommer att påverka den vård de får. Enkäten och det informerade samtycket är skrivna i du-form för att kvinnan ska känna sig mer bekväm och för att texten inte skall kännas för opersonlig.



Frågorna är skrivna i en form så att de inte skadar informanterna. Frågorna är också formulerade på ett sätt som inte leder informanten att svara på ett visst sätt. Svaren kommer att användas i sådan form att kvinnornas personlighet inte kan avläsas. Informanterna är dessutom medvetna om vem som gör studien och till vilket syfte och när och var studien kommer att publiceras.

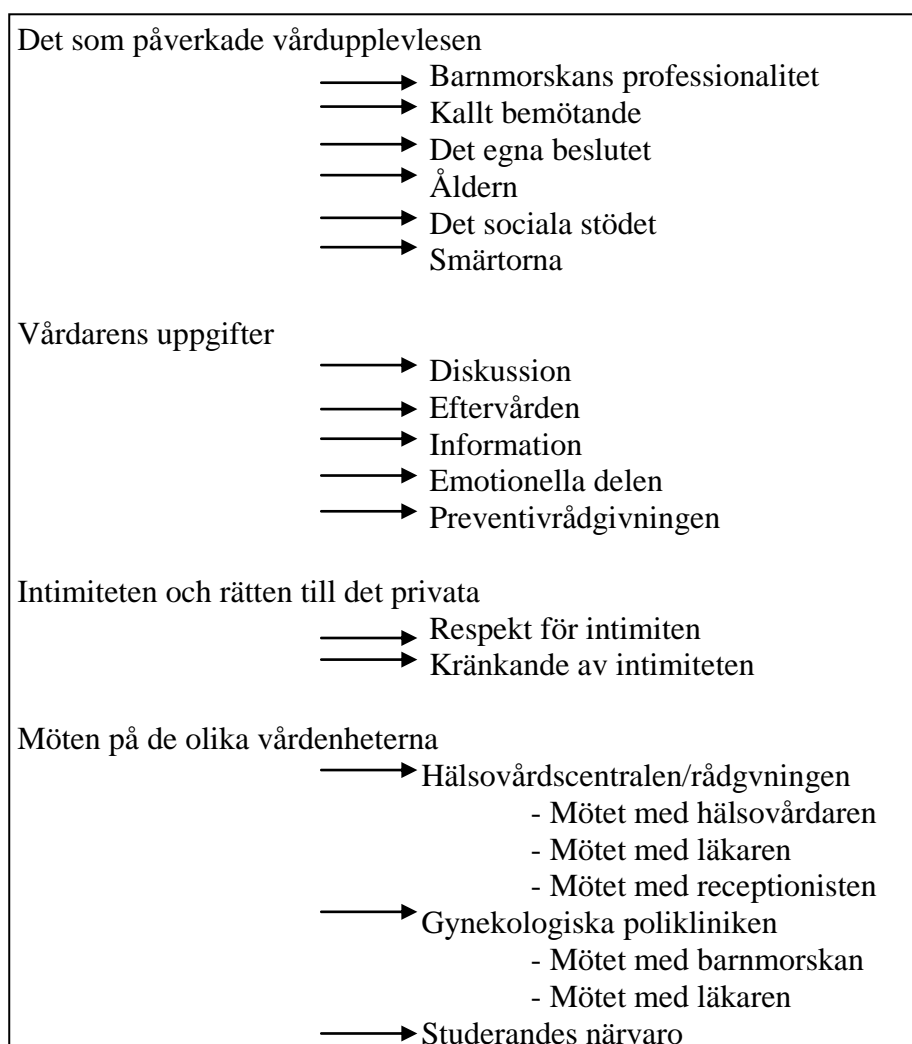
Själva svaren kommer att vara tillgängliga endast för mig och för min handledande lärare. Svaren kommer att printas ut från diskussionsforumet och sedan förvaras i 10 år på ett säkert ställe och därefter förstöras.

Planen för studien har genomgått Arcadas etiska kommittés i oktober 2009 granskning p.g.a. studien berör människor och deras erfarenheter och har godkänts av denna. Dessutom skickades ett brev åt uppehållaren av diskussionsforumet (Bilaga 1) så att de skulle vara medvetna om studien. Också de var godkännande till studien.

## 8 RESULTATREDOVISNING

Resultaten i denna studie baserar sig på upplevelserna av 12 kvinnor som genom en öppen enkät (Bilaga 3) har berättat hur de upplevt mötet med vårdpersonalen i samband med avbrytandet av sin graviditet. Åldern på informanterna varierar från 18 till 41 år. Största delen av informanterna är unga kvinnor: tre är 18, en är 19, tre är 21 och en är 23 år. De äldre kvinnorna som svarade är 33, 35, 39 och 41 år. Av kvinnorna är 5 ogifta, 5 i ett förhållande och 2 gifta. Alla 12 informanterna svarade på enkäten på finska trots att de var möjligt för dem att svara på svenska också.

De skriftliga materialet som samlats av kvinnorna bestod av 13 sidor råmaterial. Efter att ha grupperat och kategoriserat detta material efter sammanhängande ämnen har följande fyra huvudkategorier och 16 underkategorier stigit upp. Kategorierna presenteras i figuren nedan.



Figur 4. Resultaten indelade i huvud- och underkategorier

För att bättre kunna föra fram kvinnans åsikt har citat använts i redovisningen, citaten är skrivna med kursiv stil på finska och har i texten översatts från finska till svenska.

## 8.1 Det som påverkade vårdupplevelsen

Denna kategori har delats in i fem underkategorier enligt det som kvinnorna upplevde att påverkade vårdupplevelsen.

### 8.1.1 Barnmorskans professionalitet

Kvinnorna upplevde att barnmorskans professionalitet och respekt påverkade kvaliteten på den vård de fick. Kvinnorna upplevde också att barnmorskans och läkarens åsikt om avbrytandet av en graviditet påverkade vården. En av kvinnorna medger dock att man i ett sådant sinnestillstånd övertolkar vårdpersonalens beteende.

*”Hoitaja joka antoi lääkkeit minulle, että teen kotona keskeytyksen, oli todella mukava, selitti kaikki hyvin ja vaikutti ammattitaitoiselta, eli aika neutraalilta, mutta kuitenkin ystävälliseltä.”*. En av kvinnorna upplevde barnmorskan som gav medicinerna åt henne som mycket trevlig och professionell, alltså ganska neutral, men ändå vänlig. Hon förklarade också bra vad som skulle hända.

Det kvinnorna upplevde som positivt var trevliga och förstående vårdare som kunde se saken ur kvinnans synvinkel. Kvinnorna upplevde sjukhusets personal som sakliga. *”Ehdottomasti sairaalassa hoitohenkilökunnan asiallisuuden ja ymmärtäväsyyden koin positiivisena.”* Processen gick snabbt, det kändes som att personalen hade saken under kontroll. En kvinna var överraskad över att hon inte fick sådan förakt av personalen som hon hade väntat sig.

### 8.1.2 Kallt bemötande

Kallt bemötande av några vårdare upplevde en kvinna som negativt. En annan kvinna hade igen träffat på en läkare som fick henne att känna att hon nästa gång hellre tar livet av sig själv än avbryter en graviditet. *”Negatiivista oli kohdata sellainen lääkäri, jonka takia mielummin tappaisi seuraavalla kerralla itsensä kuin tekisi abortin.”*

### 8.1.3 Det egna beslutet

Också det egna klara beslutet om att avbryta graviditeten sågs som något som påverkade vårdupplevelsen. En kvinna skrev att hon hade en ettåring hemma och visste att hon inte skulle klara av ett barn till och därför hade ett klart beslut att avbryta graviditeten.

### 8.1.4 Åldern

Åldern kom fram som något som kvinnorna upplevde att påverkade den vård de fick hos nio av de tolv informanterna. Fem kvinnor upplevde att deras unga ålder påverkade vårdarnas attityd.

*”No olin ehkä tyypillinen asiakas, nuori (18v) naimaton nainen joka hakee aborttia sosiaalisista syistä, tuli vähän semmonen filis että hoitajat/lääkärit ajattelivat että ”ahaa, taas tällönnen tapaus” se vaikutti saamaani hoitoon kun henkilökunnasta vähän huokui semmoinen asenne.”* En kvinna skriver att hon kanske var en typisk klient, ung (18år) ogift kvinna som vill göra abort p.g.a. sociala skäl, det kändes för henne som att vårdarna/läkarna tänkte att ”aha, igen ett sånt fall”, det påverkade vården då en sådan attityd strålade från personalen.

Några av kvinnorna uttryckte att de skämdes för att vara så unga och enligt vårdarna inte veta något om preventivmedel. *”Häpesin sitä että olen nuori enkä muka tiedä ehkäisystä mitään. Kai epävarmuuteni näkyi ulospäin sen takia ja henkilökunta kohteli mua sen mukaan.”* En kvinna uttryckte att hon kände sig osäker på grund av sin unga ålder och detta syntes utåt och att vårdarna behandlade henne efter detta. Hon kände att vårdarna tyckte att hon var där på flit, att hon tyckte att det var ”tufft” att göra abort.

Två av kvinnorna var lite äldre (39 och 41 år) och de upplevde att deras höga ålder påverkade vårdarnas attityd vid deras vård. *”Kaiken kaikkiaan oman ikäni takia tunsin, että minuun suhtauduttiin pahalla silmällä, mutta tilanteessa mikään ei oikeasti tukenut tunnettani jälkeenpäin mietittynä, oli ilmeisesti vain omaa oletustani ja ennakkoluuloani.”* En av kvinnorna medger att hennes egna fördomar påverkade hur hon upplevde vården, medan den andra skriver att hon tydligt märkte i vårdpersonalens beteende att de inte ville sköta saken.

Egna förutfattade åsikter påverkade enligt en kvinna hennes vårdupplevelsen mer. Hon kände själv att i hennes ålder (27 år då aborten gjordes) borde man veta bättre än att bli gravid och sedan avbryta graviditeten och fäste därför mer noggrant uppmärksamhet på vårdarnas beteende. Å andra sidan påverkade åldern också positivt, läkaren litade på kvinnan och på att hon visste vad hon ville.

Det att aborten gjordes p.g.a. sociala skäl, att kvinnan var ung, studerade ännu och inte var klar att bli mamma upplevde en kvinna som något som gjorde att vårdpersonalen bättre förstod hennes situation.

### **8.1.5 Det sociala stödet**

Det sociala stödet påverkade hur positivt kvinnorna upplevde tiden för avbrytandet av graviditeten och på detta sätt indirekt hur de upplevde vården. Sju informanter fick mest stöd av sin man eller pojkvän. Tre fick stöd av sina vänner. Tre fick stöd av sin mamma. Endast en av informanterna nämner direkt att hon fått stöd av hälsovårdaren, men många kvinnor skriver ändå i sina berättelser att hälsovårdaren på hälsocentralen eller rådgivningen stött dem under beslutet och processen, eller att barnmorskan på den gynekologiska polikliniken har stött dem t.ex. när läkaren betett sig dåligt. En av kvinnorna berättar också hur hon fått bra stöd av skolhälsovårdaren.

Åt en kvinna hade hälsovårdaren rekommenderat att hon berättar om avbrytandet av graviditeten bara åt utvalda människor för att det också kan användas mot en.

Många av informanterna kände sig helt ensam trots att de hade sin man där, en informant blev helt ensam och kunde inte prata om situationen med någon. *”Koko prosessista oli vaikea puhua kenellekään. Kaverinikin olivat sitä mieltä että ainoa vaihtoehto tilanteessani on abortti, eikä*

*niiltä tukea saanut. Äitini kanssa ihan vähän juttelin, hän oli onneksi ymmärtäväinen koska on itsekin nuorena tehnyt abortin.”*. Kvinnan kände att det var svårt att prata om processen med någon. Hennes vänner var av den åsikten att enda möjligheten i situationen var aborten och hon fick inget stöd av dem. Hon pratade lite med sin mamma som förstod för hon hade också gjort en abort då hon var yngre.

### 8.1.6 Smärtorna

Flera av kvinnorna nämner smärtan och smärtlindringen som något som var svårt att klara sig med och något som påverkade negativt på deras upplevelse av vården. En kvinna berättar att hon fick två piller till smärtan på sjukhuset, men att den värsta smärtan började först när hon kom hem, hon kunde inte ens sova, det var hemskt. Hon åt Burana 400mgx5, men det hjälpte inte. Hon duschade kokhett vatten på magen, och det hjälpte lite, men genast då hon slutade kom smärtan tillbaka. Hon mådde dåligt och spydde. Smärtorna räckte en vecka och hon åt stora mängder smärtmedicin bara för att kunna fara till skolan. Barnmorskan sa att smärtorna var helt normala och hörde till. Kvinnan hade önskat att läkaren hade ordinerat något starkare till smärtan. *”Hoitaja sanoi kipujen olevan täysin normaalia ja odotettavia. Olisin kuitenkin toivonut ”oikeita” lääkkeitä kipuun”*.

En annan kvinna beskriver också smärtlindringen som helt otillräcklig och feltajmad. Anvisningen var att ta smärtlindringen lite före det andra pillret, men blödningen började först efter 3 timmar och då var redan effekten av smärtmedicinen förbi. Kvinnan upplevde att hon behövde smärtlindring hela dagen.

Två av kvinnorna skrev att de upplevde avsaknaden av smärta efter ingreppet som positivt, en kvinna hade bara lite smärta när hon hade hört att andra har stora smärtor och en kvinna skrev att smärtorna bara varade en dag och var ganska milda. *”Eikä toimenpiteen jälkeen ollut edes kipuja, ihan pieniä vain, joten sekin oli jotain positiivista kun joillan on koviakin kipuja.”*

## 8.2 Vårdarens uppgifter

Genom att gruppera kvinnornas upplevelser har följande överkategori ”vårdarens uppgifter” stigit fram. Denna överkategori har delats in i fem underkategorier.

### 8.2.1 Diskussion

Flera av kvinnorna hade önskat mer diskussionshjälp både före och efter avbrytandet av graviditeten. En kvinna upplevde att ingen erbjöd diskussionshjälp i något skede. En annan kvinna hade önskat mera diskussionshjälp efter aborten. Hon berättar att hon blev deprimerad och mådde dåligt, att hon hade mycket skuldkänslor och att hon ännu känner mycket skuld. En av kvinnorna önskade att vårdpersonalen ännu i slutskedet hade säkrat att kvinnan säkert ville avbryta graviditeten och att hon hade haft mer information om hur aborten påverkar livet efter. *”Olisin myös toivonut että joku hoitohenkilökunnasta keskustelisi asiasta kanssani ennen toimenpidettä perusteellisesti ja varmistaisi että olen tekemässä oikean ratkaisun.”*

Flera kvinnor skriver att det hade varit bra att få en längre läkartid så att man hade fått diskutera ordentligt eller att man hade fått diskutera med någon ur vårdpersonalen för att säkra att man höll på att göra rätt beslut. Läkaren borde också berätta mer noggrant hur det kan kännas efter aborten.

I endast ett fall säkrade läkaren att kvinnan fick den diskussionshjälp hon behövde efter avbrytandet av graviditeten.

En kvinna berättar att det var viktigt att barnmorskan också talade om annat än avbrytandet av graviditeten under den tiden som hon var på sjukhuset. De talade t.ex. om vädret och böcker.

### 8.2.2 Eftervården

*”Jälkihoito (olisi pitänyt ottaa paremmin huomioon). Vaikka olenkin sinut päätökseni kanssa, koen surua ja menettäneeni jotain, sekä olevani asian kanssa melko yksin.”* Eftervården borde ha tagits mera i beaktande. Fast kvinnan var nöjd med sitt beslut, kände hon ändå sig ganska ensam och hon

kände sorg över att ha förlorat något. Då skulle det ha varit bra att ha någon yrkesmänniska att prata med.

Eftervården nämns också av en annan kvinna. Hon skriver att när hon slapp hem från sjukhuset fick hon en lapp med ett nummer dit man kunde ringa om något fysiskt akut inträffade. Hon var helt oförberedd för de psykiska följderna, hon grät i flera dagar och hennes man kunde inte hjälpa. Hon hade önskat lite information också om dem. ”*Sairaalasta kotiutuessa sai lapun, jossa oli numero jonne voi soittaa jos jotakin akuuttia (fyysistä) ilmenisi. Synnyttämättömälle naiselle hormonimyrsky oli täydellinen yllätys. Mies istui vieressäni eikä osannut auttaa, kun minä itkin suoraa soittoa päiväkausia. Olisipa ollut edes pieni tiedote, josta olisi voinut lukea myös psyykkisistä vaikutuksista.*”

### 8.2.3 Information

En av kvinnorna hade önskat mer information om bl.a. följderna och vad som är normalt och inte normalt i samband med avbrytandet av graviditeten. Informationen om eftergranskningen blev också bristfällig. En annan kvinna var överraskad av blödningsmängden och hade önskat mer information om detta.

En kvinna upplevde att trots att vårdpersonalen bemötte henne dåligt, fick hon mycket information om själva aborten.

En kvinna mötte en sympatisk och förstående hälsovårdare som hade en mycket biologisk synpunkt på abort. Hon berättade hur man konkret avbryter en graviditet och lite om de psykiska följderna. Hon rekommenderade att kvinnan berättar om avbrytandet av graviditeten bara åt utvalda människor för att det också kan användas mot en. Hon sa också att det är inte en liten sak, men inte heller något som man måste känna skuld över för resten av livet. Hon gjorde kvinnan lugn genom att ha fötterna på jorden och vara professionell. ”*Kaikenkaikkiaan sain rauhoittuneemman olon keskustellessani tämän ihanan vanhan, jalat maan päällä olevan ja ammattitaitoisen hoitajan kanssa.*”



### 8.2.4 Emotionella delen

De emotionella följderna upplevde flera kvinnor som negativa. Två kvinnor hade svårt att göra beslutet och berättar att de kommer att ångra beslutet länge. En av kvinnorna skriver att hon inte skulle göra det på nytt. En kvinna hade önskat mera information om vad en abort betyder och hur skadligt det kan vara för det egna psykiska välmåendet. En annan av kvinnorna upplevde sitt eget välmående som dåligt, men att graviditeten tog fram positiva förändringar. Hon önskar att hon hade tänkt noggrannare igenom sitt beslut. En kvinna upplevde att det borde ha diskuterats mer öppet och accepterande kring saken och lyssnats neutralt. Mera psykiskt stöd med beslutet hade varit viktigt och man borde diskutera hur beslutet påverkar senare i livet.

Två kvinnor skriver rakt att den emotionella delen i vården inte beaktades alls, att allt skedde bara snabbt och kliniskt.

### 8.2.5 Preventivrådgivningen

Fem av kvinnorna nämner preventivmedel och erbjudandet av dessa i sina svar. Av dem nämner alla utan en preventivmedlen i ett negativt kontext. En kvinna upplevde att hon blev tvingad att använda preventivmedel trots att hormonella preventivmedel orsakade illamående och humörsvängningar åt henne. Preventivmedel kändes nu ännu mer motbjudande än tidigare. Åt en kvinna skrev läkaren recept på p-ringen när hon sa att hon inte vill ha piller och frågade inte desto mer kvinnans åsikt. En annan kvinna fick receptet till p-piller tillsammans med remissen till aborten utan desto mer diskussion.

*"Lääkäri painotti hänkin ehkäisyä, ja siihen paperiin kirjoittikin että aloitettava pillerit keskeytyksen yhteydessä. Ei kysynyt omia kokemuksiani tai mielipiteitäni. Hän vain antoi lähetteen. Oloni jäi epätietoiseksi. Luin vain paperilta tyyliin "jaa että näin"."* Läkaren underströk preventivmedel för en av kvinnorna och skrev i remissen att p-piller måste påbörjas i samband med aborten. Hon frågade inte kvinnans egna erfarenheter eller åsikter. Saken blev oklar för kvinnan.

En kvinna berättar att hon med hälsovårdaren på rådgivningen diskuterade om orsaker till aborten samt framtida preventiv i lugn och ro. Kvinnan upplevde detta möte med hälsovårdaren positivt.

## 8.3 Intimiteten och rätten till det privata

Fråga 3 i enkäten lyder ”Kuvaile millä tavalla intimitteetti ja yksityisyys otettiin huomioon sairaalassa ja lääkärin ja hoitohenkilökunnan kohtaamisissa.” Kvinnorna beskriva hur intimiteten och rätten till det privata har tagits i beaktande på sjukhuset och i mötet med läkaren och vårdpersonalen. Kvinnorna har både positiva och negativa upplevelser om detta och därför har denna kategori delats i två underkategorier som beskriver hur intimiteten har respekterats och hur den har blivit kränkt.

### 8.3.1 Respekt för intimiteten

Största delen av informanterna upplevde inga problem med vårdpersonalens sätt att beakta intimiteten och det privata. De kände inte att intimiteten eller privatheten blev kränkt.

*”Missään vaiheessa ei tullut tunnetta, että yksityisyyttäni tai intimitteettiäni olisi loukattu. Ei tarvinnut miettiä koko asiaa, joten se kuvastanee hyvin sitä miten hyvin asia oli hoidossa. Missään vaiheessa ei tullut tunnetta, että pitää pelätä ulkopuolisten saavan tietää miksi olen täällä, vaan hommat hoituivat yksityisesti luonnollisesti.”* En informant skrev att då hon inte behövde tänka på hela saken, så visade det att saken var under kontroll. Hon behövde inte heller tänka att någon utomstående skulle få veta varför hon var där. En annan av kvinnorna beskrev vårdpersonalens respekt för intimiteten med att dörren var stängd, gardinerna drogs för när man undersökte och man fick klä av sig i ett omklädningsrum och behövde inte göra det framför någon annan. En kvinna berättade att också under själva ingreppet togs intimiteten och privatheten i beaktande.

Det att man inte gjorde eller berättade något om det var andra i närheten upplevde en kvinna som bevis för respekt av hennes intimitet, t.ex. på den gynekologiska avdelningen när kvinnan var på väg hem tog barnmorskan henne till ett annat rum för att berätta saker om fortsättningsvården så att de andra som var i samma rum inte skulle höra.

Flera av kvinnorna upplevde att frågorna som frågades av dem var för personliga, en av kvinnorna berättar att hon tänkte att det säkert hörde till. *”Minulle esitettiin melko henkilökohtaisiakin kysymyksiä, mutta asialliseen sävyyn.”* Kvinnorna upplevde ändå att de personliga frågorna

frågades sakligt. En kvinna skriver att vårdpersonalen inte fick henne att känna skuld eller ångest vilket hon kopplar med att de respekterade hennes intimitet och bemötte henne bra. En kvinna beskriver att hon var ensam i rummet hela tiden förutom vårdarens snabba besök och upplevde detta som att hennes intimitet respekterades bra.

### 8.3.2 Kränkande av intimiteten

Fyra av kvinnorna upplevde någon slags kränkande attityder mot deras intimitet. I ett fall hade receptionisten sagt högt framför alla varför kvinnan var där.

*”Muilla käynneillä otettiin yksityisyys ja intimiteetti hyvin huomioon paitsi polikliniikkakäynnillä jossa minut pistettiin huoneeseen jossa oli naisia joilla oli ollut ongelmia raskauden kanssa. (osalla naisista oli vielä raskaus käynnissä, osalla oli mennyt kesken) Hoitaja puhui aika kovaan ääneen abortistani ja teki työnsä samalla. (esim. ”laitoin abortin käynnistävän ”lääkkeen” sisälle”), sain ilkeitä katseita huone tovereiltani. Onneksi pääsin kotiin jo parin tunnin sisällä.”* En kvinna upplevde att intimiteten och privatheten togs bra i beaktande på de andra besöken förutom på poliklinikbesöket då hon hamnade i ett rum med kvinnor som hade problem med graviditeten, vissa av dem var ännu gravida och vissa hade fått missfall. Vårdaren pratade högt om kvinnans abort och gjorde sitt jobb samtidigt. T.ex. sa hon: ”Nu satt jag in medicinen som påbörjar aborten.”. Kvinnan kände att hon fick elaka blickar av sina rumskompisar och kände det som en lättnad att få åka hem redan efter några timmar.

En av kvinnorna beskriver att intimiteten nog togs bra i beaktande men hon kände att personalen var frustrerade med ”oss som gör abort”.

*”Tutkimuksissa (ultraääni yms) tunsin oloni opiskelumateriaaliksi, sillä mukana oli sekä lääkäri- että kättilöopiskelijat. Jotka siis myös tunnustelivat ja katselivat. Mielestäni kun kyseessä on nuori ihminen, jolle keskeytys tehdään, niin alan opiskelijat voisivat jäädä pois. Heitä mieluummin vanhemmille ja ”varmemmille”, joita ei ehkä niin häiritse se että ollaan ilman housuja ja esitellään pimppiä, varsinkaan jos tehdään sitä ekaa kertaa.”* Under undersökningarna (t.ex.ultraljud) kände sig en av kvinnorna som studiematerial för både läkar- och barnmorskestudaranden var närvarande. De både rörde och såg på. Kvinnan tyckte att när det är en ung människa som genomgår aborten kunde studeranden hållas borta. De kunde hellre vara med när äldre och mer säkra människor

undersöks, sådana som är bekväma med att vara utan byxor och visa sina privata delar. Speciellt pinsamt var det när det var första gången som en gynekologisk undersökning gjordes.

## 8.4 Möten i de olika vårdenheterna

I denna kategori presenteras hur kvinnorna upplevde att de blev bemötta först på hälsocentralen och sedan på den gynekologiska polikliniken.

### 8.4.1 Hälsovårdscentralen/rådgivningen

Kvinnorna skilde i sina berättelser på mötena med de olika yrkesgrupperna på de olika vårdenheterna.

#### 8.4.1.1 Mötet med hälsovårdaren

Mötet med hälsovårdaren på hälsocentralen upplevdes för det mesta positivt.

*”Vanhempi, oikein mummomainen naisihminen, lapsirakkaus huokui hänestä ... Neuvolantädin kanssa täytettiin hakemus aborttiin ja keskusteltiin noin tunnin ajan abortin syistä ja tulevasta ehkäisystä.”* En kvinna träffade på en äldre mormor-liknande kvinna som verkade barnkär. Tillsammans fyllde de i abortansökan och diskuterade i en timme om orsakerna till aborten och kommande preventivmedel. Hon gav ingen antydning om förakt och ansökan fylldes i sakligt. Kvinnan tänkte att det inte hörde till hälsovårdarens arbetsbild att ifrågasätta. En annan kvinna hade också haft ett positivt möte med en jordnära hälsovårdare med biologisk syn på abort.

En av kvinnorna ringde först till mödrarrådgivningen och hälsovårdaren skulle redan ge tid till rådgivningen. När kvinnan berättade att hon vill avbryta graviditeten var hälsovårdaren trevlig och frågade lite om orsakerna och beställde sedan tid åt läkaren för henne. En av de yngre flickorna fick stöd av en ung skolhälsovårdare som såg saken öppensinnigt och gav goda råd. *”Kouluterveydenhoitaja oli aika nuori ja suhtautui asiaan avarakatseisesti ja antoi hyviä neuvoja.”*

En kvinna ringde till hälsocentralen och berättade om ett positivt resultat i graviditetstestet och en glad kvinnoröst gratulerade och sa att hon skulle ta kontakt med rådgivningen. Kvinnan upplevde att attityden förändrades genast då kvinnan berättade att hon ville beställa tid till abort. En av kvinnorna tyckte att hälsovårdaren var lite dömande när hon bland annat sa att ”du vet väl att det inte finns säkra dagar”.

#### **8.4.1.2 Mötet med läkaren**

Läkarna på hälsostationen upplevdes både positivt och negativt. En kvinna mötte två läkare på hälsocentralen, båda var trevliga och sakliga. Kvinnoläkaren som skrev remissen och tog ultraljud var också trevlig men arg över användning av preventivmedel. En annan kvinna träffade en saklig, vänlig och professionell läkare som skrev remiss och diskuterade i en halv timme om orsaker. Kvinnan upplevde det som positivt då läkaren litade på henne och sa ”du är i den där åldern och verkar förständig, så du vet säkert vad du gör”. En kvinna träffade på en ung manlig läkare som tog henne bra emot och som hon inte behövde förklara orsakerna till.

*”Vaikkakin tutkimukset ihan luonnollisista syistä tuntuivat ehkä hieman vaivaannuttavalle niin mies oli erittäin asiallinen, ja mieleeni on jäänyt, kun hän sanoi ettei minun tarvitse tuntea syyllisyyttä kallistuin minä päätöksessäni suuntaan tai toiseen”* Undersökningarna berättar en av kvinnorna att hon upplevde som obekväma, men att läkaren annars betedde sig sakligt och sa åt henne att hon inte behöver känna skuld oberoende av vilket beslut hon gör.

För en kvinna var det första gången som gynekologiska undersökningarna gjordes och hon tyckte det var bra att läkaren förklarade vad han gjorde. En kvinna hade sin man med. Läkaren var trevlig och berättade länge om att behålla barnet och ville göra klart att de gjorde rätt beslut. Läkaren var vänlig och saklig och skrev remissen.

Sju av de tolv kvinnorna som svarade upplevde att de blev behandlade hårdhänt och ovärdigt av läkaren på hälsovårdscentralen. *”Ihan kuin olisin joku saamarin emakko, jota käsiteltiin kovakouraisesti ja naisen ainoa tehtävä on tuottaa jälkeläisiä.”* En av kvinnorna som upplevde läkarens beteende ovärdigt och sa att hon kände sig som en suga som inte betydde mer än det hon producerar. Flera av läkarna hade visat förakt mot beslutet och visat att de varit mot beslutet. Två kvinnor berättade att de kände sig själviska och som dåliga människor efter läkarbesöket. *”Tunsin oloni itsekkääksi ja huonoksi, vaikka tiesin että omat syyt olivat painavat abortin hankintaan.”* Åt

en kvinna hade en läkaren börjat med att prata om preventivmedel och om hur kvinnan inte hade märkt att hon var gravid förrän på vecka 10. Några gånger sa han att hon ännu kan avboka aborten. Åt en kvinna berättade läkaren genast i början på besöket hur många graviditeter som avbryts per år och hur dyrt detta blir för samhället. *"Olisin toivonut että lääkäri on nainen joka pystyisi samaistumaan tilanteeseeni."* En kvinna önskade att läkaren hade varit en kvinna så att hon bättre kunde sätta sig in i situationen.

#### **8.4.1.3 Mötet med receptionisten**

För tre kvinnor var det svårt att få tid till det första läkarbesöket. Receptionisten hade sagt åt kvinnorna att denna och denna läkare inte skriver remiss till abort och det var svårt att få tid till en läkare som skrev remiss. En kvinna fick först en tid som sedan annullerades för att läkaren nekade att skriva remissen och fick sedan istället tid till en manlig läkare fastän hon hade önskat en kvinnlig. En av kvinnorna for till en privat läkare när hon inte fick tid, men var missnöjd med vården också där.

Två kvinnor önskade att receptionisten skulle ha varit mera finkänslig och trevlig. En kvinna pratade med en mycket otrevlig receptionist i telefonen, medan en annan upplevde att hon p.g.a. receptionisten måste diskutera intima saker i kön så att alla hör dem. Kvinnan önskade också att det skulle finnas en färdig lista på läkare som skriver remisser till avbrytandet av graviditeter utan dömande attityder. Hon hade också viljat bli bemött med mer förståelse

#### **8.4.2 Gynekologiska polikliniken**

Den gynekologiska polikliniken upplevdes mer positivt än hälsovårdscentralen.

##### **8.4.2.1 Mötet med barnmorskan**

Barnmorskorna upplevdes sakliga, trevliga och professionella. Kvinnorna upplevde att barnmorskorna förklarade vad som hände, tillbringade mycket tid i rummet och hade inte bråttom någonstans, att barnmorskorna frågade hur kvinnan mådde och var förstående för smärtan. Barnmorskorna betedde sig professionellt och bemötte kvinnorna bra, en kvinna beskrev att hon inte märkte några negativa attityder alls. *"Naistentautien poliklinikalla oli oikein mukava nuori*

*sairaanhoitaja joka oli ystävällinen ja kävi välillä kysymässä vointiani ja hänestä jäi kyllä hyvä fiilis.”.* En av kvinnorna träffade en trevlig ung skötare som lämnade ett bra intryck. Vårdpersonalen upplevdes av de flesta som omtänksamma och varma människor.

Två kvinnor upplevde att personalen på polikliniken hade bråttom och att de blev ensamma. *”Koin henkilökunnan loppujen lopuksi hyvin kiireisen oloiseksi, ja asenteeltaan ”taas yksi tytönhupakko joka ei tiedä mikä kondomi on”.”*

#### **8.4.2.2 Mötet med läkaren**

Också läkaren på polikliniken upplevdes professionell av de flesta. Två av kvinnorna hade dock negativa upplevelser av läkarna. Båda kvinnorna träffade en oprofessionell och elak läkare vid ultraljudsundersökningen. I ett fall märkte barnmorskan att läkaren fick kvinnan att känna sig obekväm och var trevligare mot kvinnan och skötte pratandet. En av kvinnorna upplevde det mycket negativt att läkaren tog bild på fostret i ultraljudet och visade bilden åt kvinnan utan att fråga om hon vill se den. *”Se satutti minua abortin prosenssin aikana kun otettiin kohdusta kuvan ja näin sikiön. Minulta ei kyselty haluanko nähdä vai en.”*

#### **8.4.3 Studerandes närvaro**

En kvinna upplevde att hon fick stöd av en barnmorskestuderande. En annan skriver att barnmorske- och läkarstuderandes närvaro fick henne att känna sig mer som studiematerial. En tredje kvinna berättar att barnmorskestuderanden var närvarande, men lite distant och att kvinnan inte fäste desto mer uppmärksamhet vid henne.

## 9. DISKUSSION

Arbetets syfte var att få en djupare förståelse i hur kvinnan som genomgår ett avbrytande av en graviditet känner sig bli bemött av vårdpersonalen. Frågeställningarna besvarades genom kvinnornas beskrivningar av hur de upplevde vårdarnas beteende och bemötande. Kvinnorna bemöttes för det mesta bra och professionellt. Några upplevde dock negativt och kallt bemötande. Detta överensstämmer med de tidigare forskningarna där vårdarna uppfattades på två sätt; som goda, stödgivande och empatiska eller som skuldsättande, negativa och kalla. (Poikajärvi 1998:59-60, Axél & Hammarström 2004:163)

Teoretiska referensramen i detta arbete innefattade den yrkesbundna reflekterade omsorgen (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:26). Den innebär att barnmorskan vårdar kvinnan professionellt och utan att hennes egna åsikter kommer fram i vårdandet. Kvinnorna upplevde barnmorskorna professionella, men ändå upplevde några kvinnor att barnmorskornas personliga åsikter om avbrytandet av en graviditet påverkade vården. I de tidigare forskningarna (Marshall et al. 1994:871-873) kommer det fram att de egna attityderna mot avbrytandet av graviditet påverkar vårdarnas beteende omedvetet och att de vårdarna som har negativa attityder mot abort inte kan känna lika djup empati mot en patient som avbrytit en graviditet som för en patient för vilken hon känner naturlig empati. I denna studie hade ändå största delen av kvinnorna träffat på vårdare som var trevliga och vänliga mot dem och som inte skuldsatte dem eller dömde deras beteende. Genom kvinnornas beskrivningar av speciellt hälsovårdarna som de mött på hälsovårdscentralen kan tolkas att kvinnorna åtminstone upplevt att vårdarna gett dem en yrkesbunden reflekterad omsorg.

En del av den yrkesbundna reflekterade omsorgen (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:26) innebär att man som vårdare kan se saken ur patientens synvinkel och att ge henne ett professionellt och samtidigt vänligt bemötande. De kvinnor som upplevde kallt bemötande av vårdaren eller läkaren fick ingen yrkesbunden reflekterad omsorg utan här påverkade istället vårdarens och läkarens egna åsikt eller attityd vården av kvinnan och denne kunde inte visa kvinnan den omsorg som kvinnan skulle ha behövt.

Kvinnorna upplevde det som viktigt att vårdarna kunde se saken ur kvinnans synvinkel, vilket kom fram också i den tidigare forskningar bl.a. genom att vårdarna i McQueens (1997:237) studie



reflekterade sitt sätt att kunna sätta sig in i patientens situation då de känner sig som mest sårbara inom den gynekologiska vården.

Som i de tidigare forskningarna kommer det fram i studien att vårdarnas beteende upplevs mer positivt än läkarnas. Sju kvinnor upplevde att de blev behandlade hårdhänt och ovärdigt av läkaren på hälsocentralen, vilket överensstämmer med Tuomaalas (2008:50) forskning där ungefär hälften av kvinnorna upplevde svårigheter i samband med mötet med läkaren.

Det kom fram i både de tidigare forskningarna (bl.a. Hess 2002:197, Poikajärvi 1998:60) och i denna studie att det skulle vara viktigt för kvinnorna att få diskutera med en yrkesmänniska både före och efter avbrytandet av graviditeten om orsakerna och de egna känslorna kring aborten. Flera av kvinnorna i studien hade träffat på hälsovårdare som de hade fått stöd och hjälp av före avbrytandet av graviditeten, men eftervården tyckte många av kvinnorna att blev bristfällig och flera av kvinnorna visste inte ens vart de skulle ta kontakt ifall de ville diskutera. Kvinnorna önskade också att den emotionella delen av vården skulle tas mera i beaktande och att någon skulle berätta för dem hur detta kommer att påverka livet och vad som är normalt att man känner efter avbrytandet av graviditeten.

I de tidigare forskningarna kom inte åldern fram i något kontext som något som påverkade den vård kvinnorna fick. I denna studie upplevde dock både de unga och de äldre kvinnorna att deras ålder påverkade vårdarnas beteende och deras sätt att bemöta kvinnan. Det kan också bero på kvinnornas egna osäkerhet kring sin ålder. De unga kvinnorna kan uppleva att vårdarna tänker att de inte vet hur man använder preventivmedel eller att man blir gravid på flit för att när man är ung så vill man experimentera med allt. De äldre kvinnorna igen kan känna att vårdarna tycker att de är så gamla att de borde veta bättre än att bli gravida av misstag.

Personalen på gynekologiska polikliniken upplevdes mer positivt än personalen på hälsocentralen. Detta kan bero på att de som jobbar på den gynekologiska polikliniken är mer vana vid kvinnor som avbryter graviditeter eftersom detta är en del av deras dagliga jobb. Vårdare och barnmorskor som har väldigt starka åsikter emot avbrytande av graviditet söker sig inte på jobb till en gynekologisk poliklinik, men de som jobbar på en hälsovårdscentral råkar ut för dessa patienter ibland fastän de inte vill det och de är kanske inte heller så erfarna i hur man ska bemöta dem.

Största delen av informanterna upplevde att deras intimitet respekterades. I de tidigare forskningarna (bl.a. Poikajärvi 1998:51) kom vikten av ett "eget rum" fram, alltså att man fick vara ensam och att ingen annan fick veta varför man var där, det steg upp som viktigt också hos dessa informanter. Det upplevdes som kränkande mot intimiteten då t.ex. receptionisten ropade högt kvinnans namn och orsaken till varför hon var där och eller då kvinnan hamnade i samma rum med kvinnor som hade problem med sin graviditet.

Största delen av informanterna fick stöd av sin man eller pojkvän, också vänner och egna mammor sågs som viktiga stödkällor. I de tidigare forskningarna (Major et al. 1990:460) kom det fram att kvinnorna som fick stöd av sin partner inte blev lika deprimerade som de kvinnor som hade en partner med negativa inställningar mot aborten. Endast en av kvinnorna i denna studie upplevde att hon hade fått stöd av hälsovårdaren då det frågades direkt vem kvinnorna fått stöd av. Det skulle vara viktigt att flera kvinnor i denna situation skulle känna att hälsovårdaren eller barnmorskan ger stöd åt dem eftersom vårdaren troligen kunde vara mer neutral än t.ex. partnern och inte lika starkt hämtade fram sina egna åsikter. Hon skulle istället vara där för att lyssna på kvinnan så att kvinnan skulle känna sig hörd och att hennes åsikter och känslor beaktades.

Kvinnorna önskade mer information om de fysiska följderna, t.ex. blödningsmängden, men också hur det känns psykiskt efter aborten. I de tidigare forskningarna (Poikajärvi 1998:31-32,60-61) önskar kvinnorna mer information om själva ingreppet och praktiska saker t.ex. vart man ska ta kontakt när man fått veta att man är gravid.

Också preventivrådgivningen sågs viktig i de tidigare forskningarna (Nobili et al. 2006:362,364-366), för kvinnorna i denna studie kändes preventivrådgivningen, mera kränkande och att de kom vid fel tidpunkt. Eftervården kom fram hos flera kvinnor som något som borde tas mera i beaktande, speciellt den psykiska eftervården upplevde kvinnorna att de behövde. Man kunde också ta upp preventivrådgivningen vid eftergranskningen istället då kvinnorna troligen skulle vara mer öppna att diskutera framtida preventivmedel.

Smärtlindringen borde skötas mer individuellt och inte efter givna direktiv eftersom kvinnorna också upplever smärtan på olika sätt. Flera kvinnor tar upp smärtan som det negativa i processen och att de inte hade fått alls tillräckligt med smärtlindring efter att aborten påbörjats. De upplever också att den smärtlindring de fått hade varit helt fel tajmad. Två kvinnor nämner dock att de varit nästan helt smärtfria vilket stöder den individuella smärtlindringen ytterligare.

Mera information och mera diskussion med en yrkesmänniska steg upp som det som kvinnorna behöver att vårdarna tar mer i beaktande i samband med vården. Detta kunde underlättas med en längre läkar/hälsovårdartid då man gör sitt beslut och vid eftergranskningen och mera diskussion om kvinnornas känslor. Det skulle vara bra med ett infoblad som kvinnorna fick i skriftlig form samt att någon gick igenom infobladet tillsammans med kvinnorna.

## 10 KRITISK GRANSKNING

Då jag började min litteratursökning märkte jag att det fanns mycket få forskningar inom området gjorda ur kvinnornas synvinkel och speciellt forskningar som behandlade exakt kvinnornas upplevelser av vården var svåra att hitta. Detta kan ses både positivt och negativt. Det positiva var att nu visste jag att mitt arbete kunde vara till nytta i vårdverkligheten då jag kunde komma fram med ny information. Det negativa var att min litteratursökning nu blev svårare eftersom det inte fanns forskningar att hitta. Flera av de tidigare forskningarna i detta arbete är forskningar sedda ut vårdarsynvinkel och också forskningar som handlar om preventivmedel, socialt stöd och framtidsutsikter i samband med avbrytandet av en graviditet finns med. Endast fem av de tolv tidigare forskningarna behandlar kvinnans upplevelser av vården. Av dessa är två forskningar licentiatarbeten och en en pro gradu som är gjorda i Finland, resultat av dessa borde bra kunna tillämpas till min studie då vården och omgivningen är den samma.

Efter litteratursökningen började jag fundera på metoden för min studie. Jag ville alltså ha kvinnor som genomgått ett avbrytande av en graviditet som mina informanter så jag måste endera intervjua dem eller ge dem en enkät att svara på. Jag valde enkäten som min metod eftersom jag tänkte att det skulle vara enklare att få informanter på detta sätt för kvinnorna skulle kanske vara mer villiga att svara på några frågor skriftligt än att bli intervjuade. Jag planerade att hälsovårdaren på den hälsostation dit kvinnan kommer på eftergranskning några veckor efter avbrytandet av graviditeten skulle dela ut enkäterna åt kvinnorna tillsammans med ett följebrev och ett kuvert med mitt namn på så att de sedan kunde skicka sina svar med posten. Jag skrev färdigt enkäten, följebrevet, brevet till hälsovårdaren samt brevet till översköterskan och tog kontakt med Hanna-Leena Nuutinen på Tutkimustoiminnan koordinaattoryhmän (TUTKA) som skötte studieloven på Helsingfors stads hälsovårdscentral. Det visade sig att kvinnorna som kommer på eftergranskningen inte kommer i kontakt med någon hälsovårdare i samband med eftergranskningen, de går direkt till läkaren. Så min studie skulle vara svår att utföra på hälsostationen. Jag måste alltså ändra på min metod. Jag hittade diskussionsforumet Suomi24.fi och under rubriken ”Naisten terveyspalsta” gruppen ”Abortti” där kvinnor som hade avbrutit en graviditet eller funderade på det kunde diskutera med varandra. Jag tog kontakt med uppehållaren för denna sida och fick lov att göra min studie här. Jag behövde tio svar, men fick tolv och jag bestämde mig att använda alla dessa svar i min studie eftersom vissa svar inte var så täckande som jag hade önskat mig.

Tillförlitligheten på dessa svar är osäkert eftersom jag inte vet att alla dessa kvinnor på riktigt har genomgått ett avbrytande av en graviditet då kvinnorna på diskussionsforumet hålls anonyma. Jag kan dock lita på att kvinnorna svarar ärligt på de frågor som ställts åt dem då de vet att de hålls anonyma och de inte behöver oroa sig att någon ska få veta att just de svarat så. Många av kvinnorna hade negativa saker att säga om vården och det kan vara att kvinnor som har upplevt vården positivt inte svarar på en sådan förfrågan eller överhuvudtaget rör sig på sådana diskussionsforum då de upplever att de inte har något att klaga om eller något att komma med till studien. Det betyder alltså att en stor del av samplet faller bort och att studien koncentrerar sig på en grupp kvinnor som har upplevt något negativt i samband med vården. Att svara på en sådan förfrågan kan vara ett sätt för kvinnan att bearbeta sin skuld känsla och sin sorg och t.ex. en kvinna skriver då det frågas vad hon upplevde som positivt med vården att hon inte upplevt något positivt alls under hela processen.

Kvinnornas upplevelse av vårdarnas bemötande påverkas också starkt av kvinnornas egna känslor. Detta kan vara en orsak till varför åldern kom fram i så många av svaren som något som påverkade vården. Kvinnorna kände själv sig osäkra på sin ålder och upplevde då att vårdarna fäste speciell uppmärksamhet vid deras unga eller gamla ålder. Kvinnornas egna känslor kan också vara en orsak till varför vissa kvinnor upplevde vården mer negativt än andra. Detta medger också en av kvinnorna i sina svar, hon skriver att då man är i ett sådant sinnestillstånd övertolkar man lätt vårdpersonalens beteende.

Nu efteråt när jag ser på enkätens utformning ser jag mycket som jag skulle ha kunnat formulera på ett annat sätt så att jag skulle ha fått mera täckande svar. Jag upplever att jag inte fick tillräckligt med bakgrundsfakta om kvinnorna. Det skulle ha varit bra att se hur länge sedan det är som graviditeten har avbrutits och om det har varit en medicinsk eller kirurgisk abort eftersom upplevelserna i dessa fall kan skilja sig mycket. Isället för ålder och civilstånd skulle det ha varit bättre att veta ålder och civilstånd då aborten utfördes. Dessa är saker som jag inte funderade på efter att jag böt metoden, eftersom då skulle alla ha svarat 2-3 veckor efter avbrytandet av graviditeten och deras ålder och civilstånd hade inte hunnit ändras.

I själva frågeformuläret är fråga 4 ”Mistä ja/tai keneltä sait erityisesti tukea prosessin aikana?” en ledande fråga, men då jag skrev frågorna tyckte jag det var viktigt att jag visste av vem kvinnorna hade fått stöd under processen. Detta blev dock ett mycket kort svar för de flesta och jag borde ha

formulerat den på något annat sätt så att jag skulle ha fått veta om kvinnorna upplevde att de fick stöd av vårdpersonalen.

Frågeformuläret är formulerad i Du-form (Sinä) för att kvinnorna skall uppleva det mer naturligt och personligt att svara på frågorna. Det blir kanske ändå lite oklart då jag i början på enkäten skriver ”Teitä” (Er) och i frågorna skriver ”Sinä”. Meningen med detta var att första rikta mig till kvinnorna som grupp och sedan rikta mig till den enskilda kvinnan som valt att svara på frågorna.

Som en helhet är jag nöjd med mitt arbete. Jag är nöjd att jag fick så många svar som tillsammans gav mig en täckande bild över hur kvinnorna upplever att de blir bemötta i samband med avbrytandet av en graviditet. Resultatet visar att kvinnorna önskar mer information om de fysiska och psykiska följderna av ett avbrytande av en graviditet samt att de behöver mer diskussion med en yrkesmänniska i alla delar av processen. Jag hoppas att arbetet också hjälper vårdpersonalen att bemöta kvinnorna mer öppet, att diskutera med dem och att stöda dem i deras beslut.

## KÄLLOR

- Aléx, Lena & Hammarström, Anne. 2004. Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. Publicerad i *Scandinavian Journal of Caring Science*; 2004;18;160-168.
- Cignacco, Eva. 2002. Between Professional Duty and Ethical Confusion: midwives and selective termination of pregnancy. Publicerad i *Nursing Ethics* 2002,9;179. Sweitz.
- Eriksson, Katie. 1992. *Broar*. Åbo: Institutionen för vårdvetenskap. ISBN 951-650-185-0 s.20-21, 98-101
- Hess, Rosanna F. 2004. Dimensions of Women's Long-Term Postabortion Experience. Publicerad i *MCN* volume 29 nr.3 maj/juni 2004. s.193-198
- HYKS Naistensairaala. 2008. *Lääkkeellinen varhaisraskaudenkeskeytys. Patientinformation.* Kättilöopiston sairaala.
- HYKS Naistensairaala. 2008. *Raskaudenkeskeytys imukaavinnalla. Patientinformation.* Kättilöopiston sairaala.
- Institutionen för hälsa och välfärd. 2009. Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit 2008 - Aborter och steriliseringar 2008 - Induced abortions and sterilisations 2008. Tilastoraportti 15/2009, 28.9.2009. Hämtat 8.5.2010.  
<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/raskaudenkeskeytykset/index.html>
- Kuula Arja. 2006. *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino. 265s ISBN 978-951-768-172-8 s.192-194
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa. 1997. Sisällön analyysi. Publicerad i *Hoitotiede* 1999 vol.11 no.1. s.3-12 ISSN 0786-5686
- Käypähoito. 2007. Raskaudenkeskeytys. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. [www] hämtat 03.03.2009 [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)

- Major, Brenda; Cozzarelli, Catherine; Sciacchitano, Anne Marie; Cooper, M. Lynne & Testa, Maria. 1990. Perceived Social Support, Self-Efficacy, and Adjustment to Abortion. Publicerad i *Journal of Personality and Social Psychology* 1990 vol.59, No.3 s.452-463
- Marshall, Sara; Gould, Dinad & Roberts, Julia. 1994. Nurses' attitudes towards termination of pregnancy. Publicerad i *Journal of Advanced Nursing* 11 januari 1994. London. Nr.20 s.567-576.
- Mcqueen, Anne. 1997. The emotional work of caring, with a focus on gynaecological nursing. Publicerad i *Journal of Clinical Nursing*, Maj 1997 Volume 6(3) s.233-240
- Nobili, Maria Patrizia; Piergrossi, Sabrina; Brusati, Valentina; Moja, Egidio Aldo. 2006. The effect of patient-centered contraceptive counseling in women who undergo a voluntary termination of pregnancy. Publicerad i *Patient Education and Counseling* 65(2007) s.361-368
- Patel, Runa & Davidson, Bo. 2000. *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund. Studentlitteratur. Andra upplagan. ISBN 91-44-30952-X
- Patel, Runa & Tebelius, Ulla. 1987. *Grundbok i forskningsmetodik – Kvalitativt och kvantitativt*. Lund. Studentlitteratur. ISBN 91-44-24851-2
- Pietarinen, Riikka. 1998. *Raskaudenkeskeytys naisen kokemana*. Licentiatarbete, Terveystienhuollon opettajan koulutusohjelma. Kuopion yliopisto.
- Poikajärvi, Kristiina. 1998. *Raskaudenkeskeytysprosessi asiakkaiden arvioimana*. Licentiatarbete. Terveystienhuollon koulutusohjelma. Kuopion yliopisto.
- Polit, Denise & Hungler, Bernadette. 1995. *Nursing Research: Principles and Methods*. 5:e upplagan. J.B. Lippincott Company. 694 s. ISBN 0-397-55138-X
- Rainto, Satu. 2004. *Raskaudenkeskeytysasiakkaiden hoitokokemuksia*. Pro Gradu. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.



- Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina. 2008. *Omvårdnadens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm. Liber. ISBN 91-470-8430-8
- Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina. 1996. *Vård. Ett uttryck för omsorg*. Stockholm. Liber. Andra upplagan. ISBN 91-634-1707-3.
- Sundby, Johanne; Svanemyr, Joar & Mæhre, Tale. 1999. Avoiding unwanted pregnancy – the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women. Publicerad i *Patient Education and Counseling* 38(1999) s.11-19
- Tuomaala, Salome. 2008. Naistenkokemuskeromukset kriittisenä tietona abortista. Publicerad i *Sociaalilääketieteellinen aikakausilehti* 2008:45 s.48-58.

## BILAGA 1

Hyvä keskustelupalstan ylläpitäjä!

Olen neljännen vuoden kättilöopiskelija Arcada – Nylands Svenska Yrkeshögskolanista ja kirjoitan parhaimmillaan opinnäytetyötäni. Työni nimi on ”Hur kvinnor blir bemötta av vårdpersonalen i samband med avbrytandet av en graviditet” eli miten hoitohenkilökunta kohtaa naisen raskauden keskeytyksen yhteydessä. Opinnäytetyön tarkoitus on saada syvempi ymmärrys siitä miten nainen joka keskeyttää raskauden kokee kohtaamisen hoitohenkilökunnan kanssa. Aihetta tarkastellaan naisen näkökulmasta. Keskeiset kysymykset ovat ”Miten nainen kokee tulleen kohdatuksi hoitohenkilökunnan puolelta raskauden keskeytyksen yhteydessä?” ja ”Miten nainen kokee ammatillisen harkitun huolenpidon näkyvän hoidossaan?”. Teoreettisena viitekehyksenä käytetään Anneli Sarvimäen ja Bettina Stenbock-Hultin teoriaa ammatillisesta harkitusta huolenpidosta. (Omvårdnandens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet. 2008, Vård. Ett uttryck för omsorg. 1996)

Tiedonkeräysmenetelmänä tullaan käyttämään avoimia kyselykaavakkeita naisille jotka ovat keskeyttäneet raskauden. Tutkimukseen tarvitsen 10 vastaajaa kohderyhmästä naiset jotka ovat keskeyttäneet raskauden ennen viikkoa 12 sosiaalisin perustein. Pyydän nyt ystävällisesti Teidän apuanne. Haluaisin tehdä tutkimukseni Teidän verkkosivullanne Naisen terveys osion alta löytyvällä abortti-keskustelupalstalla. Tekstissä jonka laitan keskustelupalstalle naisille kerrotaan että kysely on luottamuksellinen, että kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja että hän saa keskeyttää vastaamisen missä vaiheessa tahansa, jos hän niin toivoo. Naiset lähettävät vastauksensa minulle sähköpostitse sähköpostiin jonka liitän tekstiini. Nainen voi vastata kyselyyn joko suomeksi tai ruotsiksi. Otan tutkimukseeni mukaan ne kymmenen ensimmäistä naista jotka lähettävät vastauksensa ja ilmoitan myös keskustelupalstalla kun olen saanut nämä kymmenen vastausta. Jos tarpeeksi vastauksia ei saada voidaan teksti uusia keskustelupalstan alussa. Vastaukset tullaan käyttämään opinnäytetyössä sellaisessa muodossa ettei naisten henkilöllisyyttä voida niistä lukea. Materiaali tulee olemaan käytettävissä ainoastaan minulla ja ohjaavalla opettajallani. Tutkielman suunnitelma on läpäissyt Arcadan eettisen neuvoston tarkastuksen. Ohessa lähetän teille myös tekstin jonka laitan keskustelupalstalle sekä kysymykset joihin toivon naisten vastaavan. Jos Teillä on vielä kysyttävää ottakaa mielellään yhteyttä sähköpostin tai puhelimen kautta.

Kiitos yhteistyöstänne!

Katarina Skogster  
kättilöopiskelija, Arcada  
[katarina.skogster@arcada.fi](mailto:katarina.skogster@arcada.fi)  
puh.0405884446

Pirjo Väyrynen  
ohjaava opettaja  
[pirjo.vayrynen@arcada.fi](mailto:pirjo.vayrynen@arcada.fi)  
puh.0207699653

## BILAGA 2

Hyvä keskustelupalstan käyttäjä!

Nimeni on Katarina Skogster ja olen neljännen vuoden kättilöopiskelija Arcada – Nylands Svenska Yrkeskøskolanista. Kirjoitan parhaimmillaan opinnäytetyötäni siitä miten naiset kokevat kohtaamisen hoitohenkilökunnan kanssa raskauden keskeytyksen yhteydessä. Tutkielmaani kuuluvat ne naiset jotka ovat keskeyttäneet raskauden ennen viikkoa 12 sosiaalisin perustein, joko lääkkeellisesti tai kirurgisesti. Pyydän nyt Sinun apuasi saadakseni tietää miten hoito käytännössä toimii ja miten Sinä olet kokenut kohtaamisen hoitohenkilökunnan kanssa koko sen prosessin ajan johon raskauden keskeytys sisältyy. Tulen tutkielmassani käyttämään avoimia kysymyksiä jotka nyt laitan tänne keskustelupalstalle ja johon toivon kymmenen naisen vastaavan mahdollisimman kattavasti. Vastauksesi voit lähettää sähköpostiosoitteeseni [katarina.skogster@arcada.fi](mailto:katarina.skogster@arcada.fi). Vastaaminen on vapaaehtoista, vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja saat keskeyttää vastaamisen jos niin toivot. Vastauksia käytetään opinnäytetyössä sellaisessa muodossa, ettei henkilöllisyytesi ole niistä luettavissa. Voit vastata kysymyksiin joko suomeksi tai ruotsiksi. Materiaali tulee olemaan käytettävissä ainoastaan minulle ja ohjaavalle opettajalleni. Opinnäytetyö tulee olemaan luettavissa Arcadan kirjastossa. Käytän opinnäytetyössäni ne kymmenen vastausta jotka saan sähköpostiini ensimmäisenä ja tulen ilmoittamaan keskustelupalstassa kun olen saanut nämä vastaukset. Jos en saa tarpeeksi vastauksia voin uusia tekstini keskustelupalstan alussa. Ajatuksesi ja mielipiteesi ovat tärkeitä ja korvaamattomia ja suureksi avuksi hoidon kehittämisessä. Jos Sinulla on kysyttävää voit kääntyä puoleeni sähköpostilla. Kiitos yhteistyöstäsi.

Katarina Skogster

Kättilöopiskelija

Arcada

[katarina.skogster@arcada.fi](mailto:katarina.skogster@arcada.fi)

### **BILAGA 3**

Pyydän Teitä vastaamaan mahdollisimman kattavasti seuraaviin kysymyksiin:

Ikä:\_\_\_\_\_ Siviilisääty:\_\_\_\_\_

1. Kuvaile miten Sinut kohdattiin eri hoitoyksiköissä (esim. poliklinikka, terveyskeskus).
2. Kuvaile asioita mitkä mielestäsi vaikuttivat saamaasi hoitoon.
3. Kuvaile millä tavalla intymiteetti ja yksityisyys otettiin huomioon sairaalassa ja lääkärin ja hoitohenkilökunnan kohtaamisissa.
4. Mistä ja/tai keneltä sait erityisesti tukea prosessin aikana?
5. Kuvaile sellaista minkä olet kokenut erityisen positiiviseksi tai erityisen negatiiviseksi prosessin aikana.
6. Onko mitään mitä toivoisit että olisi otettu enemmän huomioon hoidossasi? Mitä?

Kiitos kallisarvoisista ajatuksistasi!